Aus der Universitäts-Frauenklinik Basel
(Direktor: Prof. Dr. A. LABHARDT)

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert durch Myome des Uterus

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

ERICH BOERLIN

von

DIEGTEN

(Baselland)

STETTEN/BASEL 1935
BUCHDRUCKEREI KARL SCHAHL

Genehmigt

von der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

auf Antrag von Herrn Professor Dr. med. A. LABHARDT.

Tag der Promotion: 22. Januar 1935.

R. UNIV
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Es handelt sich in den fraglichen Fällen um eine Komplikation, die weniger durch die absolute Häufigkeit des Vorkommens als durch die außerordentliche praktische Wichtigkeit allergrößtes Interesse findet. Seien es einerseits die Einwirkungen der Myome auf die Schwangerschaft, den Ablauf der Geburt, den Verlauf des Wochenbettes, seien es andererseits die klinischen, pathologisch-anatomischen, resp. histologischen Veränderungen und Störungen, die wir an den Myomen des Uterus im Verlauf und Gefolge der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes feststellen können, seien es gegenseitige Beeinflussungen von Myom und Kind, Beziehungen zur Fertilität und zur Sexualität ganz allgemein.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können zum Teil in Vergleich gezogen werden zu der 1917 in Basel erschienenen Inaugural-Dissertation von *Rudolf Stolz* *), die 64 Fälle von Myomen kombiniert mit Gravidität aufführt, teils aus dem Basler Frauenspital, teils aus der Privatpraxis von Herrn Professor Dr. *A. Labhardt,* aus den Jahren 1900—1917.

Die vorliegende Arbeit hat zur Grundlage das gesamte Krankenmaterial der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung des Basler Frauenspitals (Direktor: Professor Dr. med. *A. Labhardt)* aus den Jahren 1920 (inkl.) bis inkl. 1933. Wir finden in diesen 14 Jahren auf der geburtshilflichen Abteilung im ganzen 26 301 Eintritte (dabei in 134 Fällen die Komplikation mit Myom), auf der gynäkologischen Abteilung 13 690 Eintritte. Bei diesen fand man in 1221 Fällen Myome, 59 mal war das Myom kombiniert mit Gravidität, Geburt oder Wochenbett. Es stehen uns also insgesamt bei 39 991 Eintritten 193 Fälle der Kombination Myom mit Graviditas, Partus, Puerperium zur Verfügung.

---

* Diss. R. Stolz: Die Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Myomen.

Im Weiteren wurde möglichst vollständig die einschlägige neuere Literatur gesammelt und bei der Auswertung der Ergebnisse dieser Arbeit mitverwendet. Das Literaturverzeichnis findet sich als Anhang dieser Arbeit.

Kasuistik.

Zur Einleitung führe ich nun die zur Verfügung stehenden 193 Fälle an. Ich gebe nur dort einen ausführlichen Auszug der Krankengeschichte, wo die Komplikationen dies rechtfertigen; im übrigen mögen kurze Hinweise auf das Wichtigste genügen.

Geburtshilfliche Abteilung.

1. J. 1920 No. 10.1431 — J.-S. verh. 37 J.
VII. Gravida (1 reifes Kind, sub partu abgestorben, 4 Aborte im 3. Monat, 1 Abort im 5. Monat). In der Schwangerschaft viel Schmerzen in beiden Lendengegenden. In der letzten Zeit der Gravidität Wehen mit Blutabgang aus dem Genitale. Wegen Pelvis angusta II⁰ Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Reifer Knabe aus I. H. H. L., schreit sofort. Uterus zeigt schlechte Kontraktion, an ihm finden sich zahlreiche, subseröse, bis kleinkirschgroße Myome. Der Uterus wird supravaginal amputiert. Wochenbett o. B. in Bezug auf das Genitale, Mastitis, Thrombophlebitis.

2. J. 1920 No. 463. — W.-M. verh. 26 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft wurde oben links neben dem Nabel ein subseröses, bewegliches, 3—4 cm breites Myom festgestellt. Gravidität ohne Befund. Spontangeburt aus II. H.H.L., Wehen gut. Episiotomie. Dammriß. Naht. In der Nachgeburtsperiode Wehen schwach. Ausstoßung einer Placenta velamentosa. Wochenbett o. B. Involution ungestört. Reifes, gesundes, sofort schreiendes Mädchen.

3. J. 1920 No. 478. — H.-K. verh. 40 J.
III. Gravida. 2 Geburten. Keine Frühgeburt oder Fehlgeburt. In der Schwangerschaft wurde links, etwas oberhalb vom Nabel, ein gut fühlbares, plattes Myom von ca. 5 cm Durchmesser festgestellt. Gravidität ohne Beschwerden. Geburt von frühreifen Gemelli, der 1. aus I. H. H. L. spontan, der 2. aus reiner Fußlage durch Extraktion nach *Deventer-Müller* und *Veit-Smellie*. Nachgeburtsperiode und Wochenbett o. B.

4. J. 1920 No. 1022. — G.-M. verh. 31 J.
Primigravida. Links am Leib ist eine ungefähr kindskopfgroße, ballotierende Geschwulst (Myom) zu fühlen, rechts zwei kleine Myome. Gravidität o. B. Geburt, verzögert durch erschwerten Austritt der Schultern aus II. H. H. L. In der Nachgeburtsperiode gute Wehen. Wochenbett o. B. Nach Eingehen mit der Hand in den Uterus und Abschieben der Arme von der Brust wurde ein reifer, aber macerierter Knabe ausgestoßen.

5. J. 1920 No. 1067. — S.-W. verh. 33 J.
Primigravida. Wochenbett o. B. Wegen allg. verengten Beckens wird eine Sectio caesarea transperitonealis cervicalis ausgeführt. Dabei folgender Befund: Interstit. Myom an der rechten Uteruskante, ein kleinnußgroßes interstit. Myom nahe dem linksseitigen Schnittrand, etwas oberhalb des inneren Muttermundes, kleinere subseröse Myome links in der Nähe des Fundus uteri. In der Nachgeburtsperiode nach Entwicklung des reifen Knaben schlechte Uteruskontraktion, reichlicher Blutverlust. Febriles Wochenbett (Baucheiterung), Involution des Genitale mäßig.

6. J. 1920 No. 1089. — K.-M. verh. 30 J.
IV. Gravidita, 3 Geburten. Im vierten Monat der Gravidität kurzdauernder Blutabgang. Geburt eines reifen Mädchens aus I. H.H.L. rasch und spontan. In der Nachgeburtsperiode schlechte Wehen, atonische Blutung (1550 g), Collaps. Eihäute und Placenta vollständig. Puerperale Involution mäßig. Großer, vermutlich myomatöser Uterus.

7. J. 1920 No. 1199. — D.-C. verh. 37 J.
III. Gravida. Die zwei ersten Male Forceps. Myoma uteri. Gravidität o. B. In der Geburt gute Wehen. Reifer Knabe aus II. H. H. L. spontan. Kleiner Dammriß. Nachgeburtsperiode mit guten Wehen, geringer Blutung. Wochenbett o. B., bei Austritt der Patientin am 10. Tag ist kein Myom feststellbar.

8. J. 1920 No. 1468. — N.-D. verh. 42 J.
II. Gravida, 2 Geburten. Das letzte Mal, vor zwei Jahren, mußte die Placenta manuell gelöst werden. Damals atonische Blutung. Patientin hatte in der Schwangerschaft reichlich Leibschmerzen. Es wird ein ca. eigroßes subseröses Myom an der Uterusvorderfläche festgestellt, außerdem kleinere subseröse Myome. Geburt: frühzeitiger Blasensprung, gute Wehen, Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. In der Nachgeburtsperiode gute Wehen, doch wird prophylaktisch Pituglandol und Secacornin verabreicht. Wochenbett o. B.

9. J. 1920 No. 1535. — P.-D. verh. (seit 1 Jahr) 39 J.
II. Gravida. Vor einem Jahr Abort im dritten Monat mit Curettage. Im vierten Monat der Gravidität kommt Patientin in unsere Behandlung. Sie gibt an, daß sie seit dem 2. Monat auf der linken Seite des Unterbauches einen harten Knollen verspüre. Dabei keine Schmerzen, kein Ausfluß. Die Untersuchung ergibt: Abdomen weich, nirgends wesentlich empfindlich. Über der Symphyse, undeutlich circumscript, ein etwa 3 Q. F. nach oben reichender, dabei palpabler Tumor. Portio etwas links von der Mittellinie, ziemlich derb, geschlossen, Collum leicht dextrovertiert, Corpus in Anteflexion, der 10.—12. Woche entsprechend. Im Leib fühlt man, oberhalb des linken Lig. Pouparti, neben dem linken Fundalwinkel,

einen ca. kleinfaustgroßen Tumor, der beweglich ist und sich in den Beckeneingang hineindrücken läßt. Er hat rundliche Gestalt. Oberfläche, soweit fühlbar, glatt. Scheinbar keine direkte Verbindung zum Uterus. Befund bei der Operation: Enucleation eines subserösen Myoms bei Graviditas mens. III—IV: Uterus dem 4. Monat entsprechend, von seiner linken Kante, etwas unterhalb des Adnexansatzes, entspringend, inseriert an einem ca. 2 cm langen, runden Stiel von ca. 5 Fr.-Stück-Größe ein apfelgroßes Myom, viel Gefäße an dessen Oberfläche. Im rechten Fundalwinkel sitzt intramural ein nußgroßes Myom. Das subseröse Myom wird ausgeschält, das intramurale Myom belassen. Überdecken der Wunde mit dem Lig. rotundum. Präparat: gut apfelgroßes, fluktuierendes Myom, cystisch erweicht, enthält auf Schnitt ca. 100 cm^3 gelbliche Flüssigkeit. Path.-anat. Diagnose: Leiomyoma cysticum uteri. Die Gravidität verlief weiterhin ungestört. Am Schwangerschaftsende tritt Patientin zur Geburt wieder in das Spital ein. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen gut. Spontangeburt eines reifen, gesunden Knaben aus II. H. H. L. Nachgeburtsperiode mit guten Wehen. Wochenbett mit Retention, febril. Nach der Geburt wurde rechts hinten ein eigroßes Myom festgestellt.

10. J. 1920 No. 1579. — F.-G. verh. 41 J.
VIII. Gravida. 4 Geburten (einmal mit Wendung, Perforation des macerierten Foeten), 3 Fehlgeburten (einmal mit manueller Placentarlösung). Gravidität o. B. Geburt mit primärer Wehenschwäche, Spontanausstoßung eines reifen Mädchens aus II. H.H.L., in der Nachgeburtsperiode atonische Blutung (1400 g), dabei wurde ein Myom links am Fundus festgestellt (2. harte Uteruskuppe). Wochenbett o. B.

11. J. 1920 No. 1688. — S.-R. verh., 36 J.
III. Gravida. 1 Abort im 4. Monat. Vor 8 Tagen und jetzt zum Beginn der Wehentätigkeit reichlich Blutabgang mit Coagula. Wegen Placenta praevia totalis wird eine Sectio caesarea tranperitonealis cervicalis ausgeführt. Dabei finden sich an der Unterfläche des Uterus mehrere Myome, das größte ca. nußgroß, subserös, außerdem einige Myomkeime. Es wird eine Amputatio uteri supravaginalis angeschlossen. Das frühreife Mädchen befand sich in Schädellage, schrie bald. Wochenbett febril.

12. J. 1921 No. 48. — M.-S. verh. 36 J.
VI. Gravida, 4 Geburten (vor 9, resp. 7 Jahren wurde in den damaligen Schwangerschaften eine Geschwulst der Gebärmutter festgestellt, die nach der Geburt wieder verschwand. Vor 2 Jahren Abort im 2. Monat. Sonst keine Gravidität seit damals bis zur jetzigen.) In der jetzigen Gravidität läßt sich auf der linken Unterbauchseite ein kindskopfgroßes, intralig. Myom nachweisen. Geburt eines reifen Mädchens aus unvollständiger Fußlage bei guten Wehen. Asphyxia pallida. Scheidenriß. Extraktion nach

Veit-Smellie und Armlösung. Unter der Geburt wird das Myom mehr circumscript. Nachgeburtsperiode o. B. Am 10. Wochenbettstag ist das Myom noch kleinfaustgroß.

13. J. 1921 No. 66. — Z.-K. verh. 33 J.
Primigravida. Patientin hatte eine Retroflexio uteri mobilis, nach deren Reposition dann die Patientin konzipierte. Sie kommt im 6. Monat der Gravidität mit folgenden Beschwerden ins Spital: Seit dem 3. Monat angeblich alle 14 Tage heftige, krampfartige Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Vor 4 Wochen wenig blutiger Ausfluß. Seit 10 Wochen anfallsweise auftretende ziehende und reißende Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, ausstrahlend nach dem Rücken. Eine Vorwölbung sei ihr erst in der letzten Zeit aufgefallen. Befund: rechts neben dem graviden Uterus findet sich ein etwa faustgroßer Tumor, hügelige Gestalt, glatte Oberfläche. Bei Berührung und Bewegung empfindlich. Die untere Tumorkuppe ist vaginal nicht zu erreichen. Eine fragliche Verbindung Tumor—Uterus ist wegen der Spannung der Bauchdecken nicht festzustellen. An der Vorderfläche deutlicher Absatz zwischen Tumor und Uterus. Besserung auf Prießnitz. Patientin wird ohne Wehen nach Hause entlassen. Während der 12 tägigen Spitalbehandlung hatte der Tumor feststellbar an Größe zugenommen. — 11 Wochen später tritt die Patientin zur Geburt ein. Wir finden ca. handbreit über dem rechten Leistenband einen derben, faustgroßen, scharf abgegrenzten Tumor, der verbunden ist mit dem Uterus. Patientin klagt über heftige Schmerzen während der Zeit seit der letzten Spitalentlassung. Geburt spontan bei guten Wehen, vorzeitiger Blasensprung, frühreifer, gesunder Knabe aus I. H.H.L. Paraurethalriß. Postpartale Atonie, Retentio placentae. Manuelle Lösung der Nachgeburt. Wochenbett febril. Am 16. Wochenbettstag finden wir: rechts vom Uterus, mit diesem in Verbindung, ein ca. faustgroßer, derber, glatter Tumor, bei Bewegungen empfindlich. Nachuntersuchung 5 Monate post-partum: Rechts vom Uterus, hoch oben, untere Kuppe ca. in Höhe der Linea innominata, findet sich ein ca. faustgroßer, rundlicher, glatter Tumor, bei Bewegungen etwas empfindlich. Derbe Konsistenz. Verbindung mit dem Uterus wahrscheinlich.

14. J. 1921 No. 219. — N.-J. verh. (1 Jahr) 35 J.
Primigravida im 4. Monat. Vor einer Woche plötzlich Schmerzen im Unterleib, erst suprasymphysär, später in der rechten Inguinalgegend, vor 5 Tagen trat hier eine Schwellung auf. Befund: Unterhalb des Nabels deutliche Auftreibung des Abdomens. Kleinkindskopfgroßer Tumor, hart, wenig verschieblich, druckschmerzhaft, liegt in der linken Darmbeinschaufel. Kleinfaustgroßer Tumor, hart, fast unbeweglich, kugelig, wenig schmerzhaft, über dem rechten Lig. Pouparti und dem rechten Os pubis. Zwischen den beiden Tumoren weiche Resistenz des Abdomens. Vaginale Exploration: Das Collum geht über in die äußerlich gefühlten Tumormassen.

Fundus 2 Q. F. unter Nabel. In der Gegend der linken Tubenecke apfelgroßer, derber Tumor, deutlich vom Uterus abgesetzt, aber doch breit verbunden, Ansatzstelle ca. handtellergroß. Rechts in der Mittellinie im Beckeneingang ein apfelgroßer Tumor. Obere Kuppe 4 Q. F. über Lig. Pouparti, Oberfläche, speziell unten, zeigt einige kirschgroße, flache Höcker. Der Tumor ist breit mit dem Uterus verbunden. Die Gravidität geht ungestört weiter. Zur Geburt tritt Patientin wieder ein. Wir finden subseröse Myome am Fundus uteri. Gegen die rechte Kante zu ein kleinfaustgroßes, subseröses, etwas verschiebliches Myom. Spontangeburt eines frühreifen, gesunden Knaben aus I. H. H. L. bei guten Wehen. In der Nachgeburtsperiode gute Wehen. Wochenbett afebril. Es fällt auf, daß bei einer angegebenen Graviditäts-Dauer von 278 Tagen das Kind nur 45 cm lang war und 2020 g wog.

15. J. 1921 No. 472. — S. 13.

16. J. 1921 No. 938. — G.-W. verh. 34 J.
III. Gravida. Zwei Aborte im zweiten, resp. dritten Monat. Patientin klagt über Beschwerden durch Gebärmuttergewächse mit fraglicher Torsion, resp. Entzündung. Wir finden ein taubeneigroßes subseröses Myom in Nabelhöhe, ein nußgroßes Myom am linken Fundalwinkel, ein faustgroßes Myom über dem rechten Lig. Pouparti. Geburt: Spontan aus I. H. H. L., frühreifer, lebender Knabe, vorzeitiger Blasensprung, gute Wehen. Am 36. Wochenbettstag steht der Fundus des myomatösen Uterus Mitte Nabel-Symphyse. Wochenbett febril (Thrombophlebitis).

17. J. 1921 No. 1088. — St.-M. verh. 36 J.
II. Gravida. Totgeburt im 8. Monat. Keine Graviditätsbeschwerden spezieller Art, leichte Emesis. Wir finden auf der linken Seite des Uterus in Nabelhöhe, fünf cm lateral, ein ca. kirschgroßes Myom. Geburt spontan aus I. H. H. L., reifes Mädchen, frühzeitiger Blasensprung, gute Wehen. Nachgeburtsperiode mit leichter Hypotonie. Wochenbett mit Phlebitis.

18. J. 1922 No. 204. — W.-M. verh. 32 J.
Primigravida. Walnußgroßes Myom in Nabelhöhe. Geburt mit vorzeitigem Blasensprung, guten Wehen, Placentare und postplacentare Atonie, Involution im Wochenbett mangelhaft. Reifer Knabe mit Cephalhaematom.

19. J. 1922 No. 209. — R.-R. verh. 44 J.
V. Gravida. Einmal Steißlage. In der Gravidität Emesis. Im Gebiet der rechten Uteruskante ein ca. apfelgroßer derber Tumor. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. Hypotonie in der Nachgeburtsperiode. Wochenbett afebril, Endometritis putrida.

20. J. 1922 No. 452. — Sch.-R. verh. 37 J.
Primigravida. Keine Myombeschwerden in der ersten Zeit der Schwangerschaft. Wegen Verlegung des Geburtskanals durch

einen im kleinen Becken eingeklemmten Tumor wird zur Sectio caesarea transperitonealis cervicalis mit Myomectomie geschritten. Der frühreife Knabe liegt in erster Querlage. Bei der Operation finden wir ein kleinfaustgroßes subseröses Myom, das mit kurzem, breitem Stiel an der hintern Uteruswand inseriert; es wird ausgeschält (glatte Oberfläche, zum Teil leicht höckerig, auf Schnitt besteht es aus einem zum großen Teil in Zerfall übergegangenen anscheinend myomatösen Gewebe, zahlreiche unregelmäßig begrenzte Hohlräume, bei der Eröffnung entleert sich hieraus eine leicht bräunliche, ziemlich klare, dünne Flüssigkeit. Myoma uteri subserosum necroticum). Ein mandelgroßer, breitbasiger subseröser Knoten, der sich etwas links vom Sektionsschnitt befindet, wird belassen.

21. J. 1922 No. 686. — Sch.-K. verh. 29 J.
Primigravida. Schwangerschaft ohne Beschwerden. Myoma uteri, auf der rechten Seite zwischen Nabel und Spina iliaca ant. sup. Dasselbe wird unter der Geburt deutlicher fühlbar. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. Sekundäre Wehenschwäche.

22. J. 1922 No. 1208. — Th.-W. verh. 40 J.
Primigravida. Uterus myomatosus. In der Schwangerschaft: Blutungen am Anfang, Emesis, chronische Nephritis mit hochgradigen Oedemen der Beine, Vulva, Anasarca. Reifes Mädchen aus I.H.H.L. Starker Blutverlust unter der Geburt und in der Nachgeburtsperiode. Leichte Endometritis putrida im Wochenbett.

23. J. 1922 No. 1242. — B.-G. verh. 37 J.
II. Gravida. Vor zwei Jahren Abort im 6. Monat (Zwillinge). Aus der damaligen Krankengeschichte: Vor 10 Wochen heftige Schmerzen auf der linken Bauchseite, sehr heftig seit 4 Tagen, Fundus uteri Mitte Nabel Proc. xiphoides. Größere Myome in der rechten Inguinalgegend und an der linken Kante, kleinere an der rechten Kante und am Fundus. Nach dem Spontanabort deutliche Myominvolution. Am 13. Wochenbettstag: An dem noch leicht vergrösserten Uterus schließt sich nach links hinten ein über apfelgroßer, derber, wenig beweglicher Tumor an. Jetziger Befund: 3 Myome am Fundus, ein nußgroßes Myom in dessen Mitte, ein faustgroßer Knoten an der linken Kante. Der Beckeneingang ist frei. Kind in Kopflage, Kopf gegen die rechte Beckenschaufel abgewichen, Uterus nach links herübergefallen, vorzeitiger Blasensprung, primäre Wehenschwäche, der kindliche Kopf läßt sich relativ leicht ins Becken einpressen. Intrauterines Absterben des reifen Knaben (Nabelschnurumschlingung um den Hals), Perforation, Cranioclasie, Extraction. In der Nachgeburtsperiode ist die Placentarstelle auffallend schlaff, stärkere Blutung, Expression der Placenta. Im Wochenbett Cystitis, Thrombophlebitis, Endometritis putrida, Myome druckempfindlich, mit deutlicher Involution. Am 14. Wochenbettstag: Apfelgroßer Tumor, breit an die linke Kante anschließend.

24. J. 1922 No. 1316. — G.-H. verh. 28 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft Emesis, Beinoedeme, Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. bei primärer Wehenschwäche. Sub partu wurde median unterhalb des Nabels ein apfelgroßes Myom festgestellt. Das Myom war am 10. Wochenbettstag nicht mehr palpabel.

25. J. 1923 No. 111. — D.-K. verh. 41 J.
IX. Gravida. Zwei Geburten (eine Steißlage), 6 Aborte. Kurz vor Schwangerschaftsbeginn wurde eine Gebärmuttergeschwulst festgestellt. Bei der Geburt faustgroßes Myom an der linken Uteruskante in Nabelhöhe. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. bei guten Wehen. Wochenbett o. B.

26. J. 1923 No. 377. — B.-H. verh. 34 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft (Emesis) derber Knoten links am Fundus und oberhalb der Symphyse. Schmerzen auf der linken Bauchseite, Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. bei guten Wehen. Mäßige Wehen in der Nachgeburtsperiode.

27. J. 1923 No. 537. — Sch.-F. verh. 42 J.
IV. Gravida (zwei Geburten, ein Abort). Sectio caesarea wegen Eclampsia gravidarum, frühreifer Knabe aus Kopflage. Da einige Myome am Uterus festgestellt wurden, Amputatio uteri alta. Placenta z. T. ziemlich festhaftend.

28. J. 1923 No. 650. — R.-G., verh. 42 J.
Primigravida. Menstruation seit dem 12. Jahr regelmäßig, 3—4-wöchentlich, 2—3 tägig. Blutverlust mäßig, wenig Krämpfe. Schwangerschaftsverlauf ohne Beschwerden, auffallend starke Vorwölbung des Leibes in dorsoanteriorer Richtung, unmittelbar über der Symphyse beginnend. Wehen alle 7 bis 10 Minuten. Eine rectale Untersuchung ergibt eine bis unter die Spinallinie reichende derbe Vorwölbung, fraglicher Tumor. Portio weit oben vor der Vorwölbung. Wegen Verlegung des Geburtsweges wird zur Sectio caesarea transperitonealis cervicalis geschritten. Die vordere Uteruswand ist außerordentlich dünn. Das Fruchtwasser ist leicht mekoniumhaltig. Das sich in I. H. H. L. befindende reife Mädchen wird nach Wendung auf den Fuß extrahiert. Der hervorgewälzte Uterus zeigt an der Hinterwand, ziemlich dicht unter dem Fundus, ein etwa kleinkindskopfgroßes Myom, das im kleinen Becken lag. Amputatio uteri supravaginalis. Die Hinterwand des Uterus hat sich am Fruchthalter gar nicht beteiligt. Die Ausdehnung erfolgte ausschließlich auf Kosten der Vorderwand, die nach erfolgter Einscheerung der Muskulatur noch zwei bis drei cm dick ist. Fundusbreite 13 cm. Das Myom ist succulent. Im Wochenbett kleiner Abszeß in der Pfannenstielnarbe.

29. J. 1923 No. 832. — K.-P. verh. 33 J.
Primigravida. Schwangerschaft mit starken Beinoedemen, subseröses Myom an der rechten hintern Uteruswand. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. bei vorzeitigem Blasensprung, guten Wehen. Mittlerer Blutverlust in der Nachgeburtsperiode. Im febrilen Wochenbett ein ca. mandarinengroßes, subseröses, empfindliches Myom an der rechten Uteruskante. Knabe mit Cheilognathopalatoschisis. — Zwei Jahre später Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. mit postpartaler Atonie, apfelgroßes Myom auf der rechten Fundusseite. — Vier Jahre später Spontangeburt aus II. H. H. L. bei guten Wehen. Reifes Mädchen. Ein gut eigroßes, flaches Myom rechts in Nabelhöhe. Wochenbett o. B.

30. J. 1923 No. 997. — S.-G. verh. 34 J.
II. Gravida. 1 Abort im 2. Monat, Curettage, heftige Blutung. In der jetzigen Gravidität Emesis und Feststellung links zwischen Nabel-Spina iliaca ant. sup. eines apfelgroßen, subserösen, kugeligen, indolenten Myoms. Geburt: spontan aus I. H. H. L., reifes Mädchen, primäre und sekundäre Wehenschwäche. Placentare Atonie (1200 g). Credé. Pituglandol. Wochenbett febril, Endometritis putrida, Involution gut. Am 24. Tag post partum ist das Myom nicht mehr palpabel.

31. J. 1923 No. 1016. — R.-D. verh. 36 J.
III. Gravida, bisher 2 Geburten (dabei 1 Totgeburt). In der jetzigen Schwangerschaft praemonitorische Blutungen. Frucht in II. Beckenendlage. Wegen Placenta praevia wird die Sectio caesarea transperitonealis cervicalis ausgeführt. Blutung aus der Placentarstelle. Dabei wird rechts von der Incisionswunde am Uterus ein ca. hühnereigroßes, intramurales Myom festgestellt. Es wird belassen. Frühreifer Knabe, schreit sofort. Wochenbett febril. Am 20. Wochenbettstag sind die Lochien immer noch etwas blutig.

32. J. 1923 No. 1017. — E.-F. verh. 32 J.
Primigravida. Wegen Eclampsia in Schwangerschaft und Geburt wird die Sectio caesarea transperitonealis cervicalis vorgenommen (frühreifes Mädchen aus Kopflage, bald an Adynamie gestorben) und da der Uterus ganz schlaff blieb, atonisch blutete, wird die Amputatio uteri alta angeschlossen. Die Uterusoberfläche zeigte eine Reihe von reiskorngroßen subserösen Myomen, z. T. bis erbsengroß.

33. J. 1923 No. 1138. — H.-O. verh. (11 J.) 35 J.
Primigravida. Sie war, da sie seit Beginn der Gravidität dauernde Schmerzen im Unterleib hatte, im 2. Monat ins Spital gekommen. Vaginale Exploration: Collum retrovertiert, Corpus liegt nach rechts herüber, auf der linken Seite des Uterus ein eigroßer, länglicher Tumor, derb, glatt, gut beweglich, nicht sehr empfindlich. Bei der Operation wurde das 5:6 cm messende, links befindliche und ein kirschgroßes Myom der Corpusmitte enucleiert. Gravidität

ungestört. Die Schwangerschaft war mit Ausnahme der Emesis weiterhin ungestört. Zur Geburt erneuter Eintritt. Geburt aus II. H. H. L. eines überreifen Knaben. Patientin klagt über zunehmende Schmerzen in der linken Flanke, wo das Myom entfernt wurde. Primäre Wehenschwäche. Durch fragliche Nabelschnurkompression stirbt das Kind ab. Perforation, Cranioclasie, Extraction, Cervixriß, Dammriß. Starke Atonie in der Nachgeburtsperiode. Credé. Pituglandol, Kampfer. Infusion. Wochenbett afebril.

34. J. 1923 No. 1152. — C.-Ch. verh. 36 J.
Primigravida. Am Ende der Gravidität wird wegen Myomata uteri durch Sectio caesarea transperitonealis classica entbunden. Anschließend Amputatio uteri supravaginalis. Anamnese: Vor Jahren in der Privatklinik Sonnenrain operiert, taubeneigroßes Myom rechts an der Vorderwand. Ueber den Verlauf der Gravidität keine nähern Angaben. Operationsbericht (Auszug): Das Myom sitzt rechts interstitiell, subserös dicht neben der Mittellinie. Die Uterusvorderwand ist ca. 5 cm dick. Incision des Uterus und Extraction des sich in I. H. H. L. befindenden, sofort schreienden, reifen Mädchens. Befund: Das Myom der rechten Seite ist ca. kindskopfgroß, subserös, interstitiell. Amputation des Uterus an der Grenze des beweglichen Peritoneums. Präparat: Der puerperale Uterus, aus dem sich die Placenta leicht entfernen ließ, wiegt 1145 g, er zeigt in der rechten Hälfte der Vorderwand, dicht neben dem Operationsschnitt, ein faustgroßes, 10:7 cm messendes Myom, das interstitiell entwickelt ist, jedoch bis dicht unter die Mucosa reicht. Beschaffenheit eigentümlich faserig, grünlich, etwas teigig (beginnende Nekrose). Pathologisch-anatomisch: Komplexe von Myomknoten, mit Nekrosen, z. T. weitgehende Vernarbung. Keine Eiterung, Entzündung, Malignität festzustellen. Wochenbett afebril.

35. J. 1923 No. 1208. — Sch.-K. verh. 31 J.
Primigravida. In der Gravidität trat im 8. Monat eine Blutung geringen Umfangs auf. Es wurde median, handbreit über dem Nabel ein leicht empfindliches, ca. hühnereigroßes, subseröses Myom festgestellt. Spontangeburt aus I. H. H. L., reifer Knabe, primäre und sekundäre Wehenschwäche, vorzeitiger Blasensprung. Nach der Geburt des Kindes steht der Uterus 2 Q. F. über dem Nabel. Es zeigt sich, daß hinten oben noch zwei weitere, ca. walnußgroße Myome liegen. In der Nachgeburtsperiode leichte Atonie. Wochenbett afebril.

36. J. 1923 No. 1209. — H.-H. verh. 33 J.
II. Gravida. Abort im 2. Monat. Gravidität o. B., allgemein verengtes Becken. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H.H.L. Es wird an der Vorderfläche gegen die rechte Kante hin ein subseröses, flaches, fast handtellergroßes Myom festgestellt. Wehen

gut in Geburt- und Nachgeburtsperiode. Wochenbett afebril. Lochien am 9. Tag blutig.

37. J. 1923 No. 1288. — B.-B. verh. 34 J.
Primigravida. Anamnese: o. B. Menses mit 17 Jahren, regelmäßig, 4 wöchentlich, 2 tägig, schwach, keine Molimina. In der Gravidität leichte Emesis während 6 Wochen. Anaemie. Stuhl geregelt. Becken 26:31:22. Patientin tritt längere Zeit vor dem Termin ins Spital ein. Schmerzen in der Blasengegend, Pollakisurie, schlechter Schlaf, depressive Zustände. Rectale Exploration ca. 4 Wochen vor der Geburt ergibt: Portio schwer erreichbar, fast in der Medianlinie, weit hinten. Kopf nach links, nach der Beckenschaufel abgewichen. Rechts hinten, äußerlich und innerlich schwer erreichbar, befindet sich in der Beckenbucht ein etwa kleinfaustgroßer Tumor, dessen untere Kuppe etwas tiefer als die Beckeneingangsebene steht. Patientin steht auf und geht herum. Saures Aufstoßen. Kopfweh. Herztöne des Kindes gut. Wegen des den Geburtskanal verlegenden Tumors wird am Termin zur Operation geschritten. Sectio caesarea classica, Amputatio uteri supravaginalis. Nach Eröffnung der Bauchhöhle in Lokalanaesthesie liegt der gravide Uterus vor. Er scheint nach links torquiert zu sein. Die 2 cm dicke Uteruswand wird in der Medianlinie bis zum Ansatz der Blase incidiert. Wegen geringer Fruchtwassermenge wird das reife Mädchen mit der Zange extrahiert. Es schreit sofort. Die Placenta wird leicht entfernt. Das Myom liegt auf der linken Seite tief im Becken, intraligamentär entwickelt. Es geht mit doppeltem Stiel von der rechten Kante aus, etwa in mittlerer Uterushöhe. Unterbindung und Durchtrennung der Lig. rotunda. Adnexansätze, der linksseitigen Art. uterina. Dann wird das Peritoneum über dem Myom gespalten und die Geschwulst aus ihrem peritonealen Ueberzug herausgeschält. Unterbindung der rechten Art. uterina. Dann wird der Uterus oberhalb des Blasenperitoneums abgetragen, der Stumpf gejodet und in Schichten vernäht. Auch die parametrane Höhle wird verschlossen. Präparat: Auf der rechten hinteren Seite des puerperalen Uterus liegt ein gut kindskopfgroßes, längliches, faseriges, glänzendes, subseröses, sehr derbes Myom. Es ist intraligamentär entwickelt. Das Myom ist stellenweise von größeren Lymphräumen durchsetzt. Postoperativer Verlauf o. B., leichte Temperatursteigerung mit fraglicher Mastitis incipiens.

38. J. 1923 No. 1323. — F.-G. verh. 40 J.
Primigravida. Gravidität o. B. Geburt: Vorzeitiger Blasensprung, protrahierter Verlauf, drohende Asphyxie. Daher wird eine Sectio caesarea transperitonealis cervicalis vorgenommen (reifer Knabe aus I. H. H. L.). Dabei finden wir an der rechten Uteruskante hinten ein haselnußgroßes Myom. Anschließend Amputatio uteri supravaginalis. Das Kind zeigt eine väterlicherseits vererbte Syndactylie.

39. J. 1923 No. 1540. — S.-Sch. verh. 42 J.
IX. Gravida. 1 Totgeburt infolge Nabelschnurumschlingung (1906). 1 Zangengeburt 1907, Spontangeburt 1908, 3 Steißlagen 1911/12/17, 2 Querlagen 1920/22 (Totgeboren). In der Gravidität Beinoedeme, Kind in II. Querlage. Deswegen Sectio caesarea transperitonealis cervicalis, zur Sterilisation anschließend Amputatio uteri supravaginalis. Der reife Knabe starb 10½ Stunden nach der Geburt. (Unvollständige Entfaltung der Lungen, starke Blutung der weichen Häute.) Wochenbett afebril, Haematom der Bauchdecken. Am 15. Tag post partum wurde aus der Cervix ein unregelmäßiges, polypöses, kirschsteingroßes Gebilde (nekrotisches Myom) entfernt.

40. J. 1924 No. 33/1666. — D.-B. verh. 38 J.
II. Gravida. 1 Abort mens. II. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft Schmerzen in der rechten Flanke, dauernder Blutabgang. Wegen Placenta praevia Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Mehrere subseröse Myome. Amputatio uteri supravaginalis. Faustgroßes submucös-interstitielles Myom, welches die Uteruswand stark in das Cavum uteri vorwölbt. Wochenbett febril.

41. J. 1924 No. 78. — Sch.-Sch. verh. 38 J.
III. Gravida. 1 Zangengeburt, 1 Abort mit starkem Blutverlust. Wegen Blutung in der Schwangerschaft und unter der Geburt Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Reifes Mädchen aus Kopflage. Tiefsitzende Placenta. An der linken Uteruskante unterhalb des Fundus findet sich ein ca. eigroßes, subseröses Myom von derbfaseriger Beschaffenheit. Amputatio uteri supravaginalis. Wochenbett febril.

42. J. 1924 No. 157. — St.-S. verh. 40 J.
Primigravida. In der Gravidität Schmerzen im Unterleib, Blutabgang. Wegen Placenta praevia marginalis membranacea Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Reifes Mädchen aus I. H.H.L. Wegen der Besetzung des Uterus mit multiplen Myomen wird die Gebärmutter supravaginal amputiert. Wochenbett febril.

43. J. 1924 No. 302. — J.-T. verh. 39 J.
II. Gravida. Bei der Geburt vor 2 Jahren mußte die Placenta durch Credé in Narkose exprimiert werden. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis wegen Placenta praevia. Frühreifer Knabe aus I. Kopflage. Placenta ziemlich adhaerent. Multiple subseröse und intramurale Myome am Uterus, Amputatio uteri alta. Wochenbett afebril.

44. J. 1924 No. 590. — K.-J. verh. 46 J.
III. Gravida. Bisher 2 normale Geburten. In der Schwangerschaft Emesis, Knöcheloedeme, Lungenoedem, seit dem 7. Monat Schmerzen im Unterleib. Sectio caesarea transperitonealis classica wegen akutem Lungenoedem. An der Uterusoberfläche stecknadelkopf- bis erbsengroße Myome. Amputatio uteri supravaginalis.

45. J. 1924 No. 598. — M.-K. verh. 39 J.
V. Gravida. Bisher 1mal Querlage. Wegen vorzeitiger Lösung der tiefsitzenden Placenta Sectio caesarea classica. Frühreifes Mädchen aus I. Kopflage, bald an Adynamie gestorben. Zwei nußgroße, flache, subseröse Myome an der Uterushinterwand. Amputatio uteri supravaginalis.

46. J. 1924 No. 631. — E.-D. verh. 43 J.
III. Gravida. Bisher zwei normale Geburten. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. Unter der Geburt wurde die kugelige, etwas harte, unregelmäßige Beschaffenheit des Uterus besonders deutlich. Atonie der Placentar- und Postplacentarperiode. Wochenbett subfebril.

47. J. 1924 No. 696. — B.-S. verh. 36 J.
Primigravida. Leichte Blutung im 3. Monat. Sub partu wurden multiple Myome festgestellt. Geburt aus I. vollkommener Fußlage bei vorzeitigem Blasensprung mit *Deventer-Müller* u. *Veit-Smellie*. Retentio placentae mit atonischer Blutung (1300 g). Credé gelingt. Der frühreife Knabe starb bald an Adynamie. Wochenbett afebril.

48. J. 1924 No. 838 — s. 29 Geburtshilfliche Abteilung.

49. J. 1924 No. 921. — M.-K. verh. 38 J.
II. Gravida. Vor 2 Jahren normale Geburt. Am Fundus, links von der Mittellinie, wird ein nußgroßes, flaches, subseröses Myom festgestellt. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. Nachgeburtsperiode und Wochenbett o. B.

50. J. 1924 No. 928. — S.-E. verh. 46 J.
III. Gravida. Bisher 2 normale Geburten. In der Schwangerschaft Magenbeschwerden. Rechts am Fundus ist ein Myom gut zu fühlen. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. V. H. L. bei anfangs schwachen Wehen. Nachgeburtsperiode und Wochenbett o. B.

51. J. 1924 No. 1132. — G.-W. verh. 37 J.
IV. Gravida. Vor 8 und 6 Jahren Abort im 3. Monat, vor 2 Jahren im 7. Monat. Extraction eines reifen Mädchens bei guten Wehen aus I. vollkommener Fußlage mit *Deventer-Müller* u. *Veit-Smellie*. Nachgeburtsperiode o. B. Wochenbett febril, Retention. Wir finden ein gänseeigroßes Myom rechts, ein kleineres links.

52. J. 1924 No. 1133. — G.-H. verh. 36 J.
Primigravida. In der Gravidität Hydramnion und Tumoren feststellbar. Bei vorzeitigem Blasensprung, primärer Wehenschwäche, II. Schräglage der Frucht bei anscheinend großem Kopf, drohender Asphyxie des Kindes Sectio caesarea transperitonealis cervicalis mit Amputatio uteri supravaginalis. Ca. gänseeigroßes, subseröses Myom an der linken Kante, ausgedehnt adhaerent, namentlich an der distalen Fläche. Ganz in der Nähe ein 2. kleineres Myom. Wochenbett afebril.

53. J. 1924 No. 1164. — Sch.-Sch. verh. 45 J.
II. Gravida. Bisher 1 Normalgeburt. Myom auf der rechten Uterusseite. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H.H.L. Wochenbett afebril.

54. J. 1924 No. 1350. — B.-S. verh. 36 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft fiel vor allem der querovale, harte, myomatöse Uterus auf. Kindesteile schwer fühlbar. Spontangeburt eines frühreifen Mädchens aus I. H. H. L. Nach der Geburt des Kindes ist der Uterus groß und hart. Wochenbett afebril, mit deutlicher Myomverkleinerung.

55. J. 1924 No. 1351. — B.-Sch. verh. 29 J.
II. Gravida. Vor 1 Jahr Abort im 3. Monat. Wegen Eclampsia gravidarum Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Frühreifes Mädchen aus I. H. H. L. Links an der Uterushinterwand, etwas unter Fundushöhe, finden wir ein nußgroßes, subseröses Myom.

56. J. 1925 No. 171. — M.-K. verh. 38 J.
II. Gravida. Vor 3 Jahren Abort im 3. Monat. In der Schwangerschaft Schmerzen im Unterleib. Links vom Nabel wurde ein nußgroßes Myom festgestellt. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. bei guten Wehen. Wegen drohender Asphyxie Kristeller. Wochenbett febril, Retention.

57. J. 1925 No. 372. — R.-G. verh. 32 J.
Primigravida. Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig, 4wöchentlich, 7tägig, stark, häufig Krämpfe. In der Schwangerschaft wurden Myome festgestellt. Der Kopf des sich in Kopflage befindenden Kindes ist auf die linke Beckenschaufel abgewichen. Becken: 24:27:18,5. Bei Wehenbeginn Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Die vordere Uteruswand ist sehr dünn, der Uterus ist von multiplen Myomen durchsetzt, das sich im Douglas befindende subseröse Myom ist dort adhaerent. Reifer Knabe. Amputatio uteri supravaginalis. Wochenbett febril, Thrombophlebitis.

58. J. 1925 No. 376. — M.-F. verh. 42 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft wurde ein Myom festgestellt. Reifes Mädchen aus II. H. H. L. durch Forceps bei primärer Wehenschwäche und drohender Asphyxie. Gute Wehen in der Nachgeburtsperiode. Febriles Wochenbett, Phlebitis.

59. J. 1925 No. 836. — Sch.-L. verh. 38 J.
II. Gravida. Vor 5 Jahren Zangengeburt bei einem faustgroßen Myoma uteri. 10 Wochen vor der jetzigen Geburt war kein Myom zu finden, das Kind in Querlage. Becken: 26:30:19. Patientin tritt zur Geburt mit schwachen Wehen ein, das Kind in I. H. H. L. In der Nähe des Nabels ein faustgroßes Myom. Bei andauernder Wehenschwäche Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Die

Uteruswand ist sehr dick und glasig, ein taubeneigroßes, sehr hartes Myom in der Mitte der Vorderwand, eine faustgroße, nach links hin intraligamentär entwickelte Geschwulst von derber Konsistenz in der unteren Partie der Corpushinterwand außerhalb des kleinen Beckens. Amputatio uteri supravaginalis.

60. J. 1926 No. 84. — M.-B. verh. 36 J.
Primigravida. Myomfeststellung in der Schwangerschaft. Forceps Kjelland bei vorzeitigem Blasensprung und primärer Wehenschwäche. Reifer Knabe aus II. H. H. L. Retentio placentae mit atonischer Blutung, Credé. Im Wochenbett gute Involution.

61. J. 1926 No. 91. — P.-V. verh. (10 J.) 32 J.
II. Gravida. Patientin war 7 Jahre steril verheiratat. Vor 3 Jahren Abort im 2. Monat. Wegen Retroflexio uteri mobilis wurde vor 2 Jahren ein Alexander-Adams gemacht. Damals wurde an der Uterushinterfläche ein kirschkerngroßes Myom, in Fundusnähe ein reiskorngroßes Myom festgestellt. In der jetzigen Gravidität Magenbeschwerden. Geburt: Vorzeitiger Blasensprung, primäre Wehenschwäche, reifes Mädchen in I. Gesichtslage. Es wird eine Sectio caesarea classica mit Amputatio uteri alta vorgenommen. Dabei findet man am Uterus, an der Vorderfläche, mehrere kirschgroße Myome, an der Hinterfläche einen flachen Knoten. Die Uteruswand ist sehr dick. Wochenbett febril.

62. J. 1926 No. 662. — S.-N. verh. 35 J.
III. Gravida, bisher zwei Geburten mit protrahiertem Verlauf. In der Gravidität werden Myomata uteri festgestellt, leichter Blutabgang im 2.—4. Monat. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. mit vorzeitigem Blasensprung, mittleren Wehen. In der Nachgeburtsperiode mußte die Placenta durch Credé exprimiert werden. Wochenbett afebril.

63. J. 1926 No. 1041. — M.-K. verh. 27 J.
III. Gravida, vor 4 und 3 Jahren normale Geburten. Familien- und persönliche Anamnese o. B. Menstruation mit 13 Jahren, regelmäßig, 4wöchentlich, 5—6tägig. Blutverlust im Anfang mässig, in letzter Zeit sehr stark. Jetzige Schwangerschaft: Anfangs starke Müdigkeit, Stuhl geregelt, nie Blutabgang. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L.: Wehen in der Eröffnung mittel, in der Austreibungszeit gut. In der Placentarperiode anfangs schwache Wehen, mittlerer Blutverlust, Stempeldruck. An der Placenta fällt in der Nähe des untern Randes eine Art Loch auf, dessen gegen den Grund abfallende Cotyledonen-Ränder glatt erscheinen. Es scheint kein Placentargewebe abgerissen zu sein. Im Grund auf 1 Fr.-Stück-Größe ist die Chorionplatte leicht fibrinös verdickt, es scheint auch hier nichts zu fehlen. Bald nach Ausstoßung der Placenta blutet es in zwei Malen ziemlich stark. Daher wird doch zur Revision der Uterushöhle geschritten. Gleich nach dem Eingehen durch den gut 2 fingerdurchgängigen Mutter-

mund stößt man auf einen derben, kugeligen, eigroßen Körper, der mittels eines dünnen Stiels mit der Mittellinie der Hinterwand des Uterus verbunden ist. Dieser Stiel setzt an ca. 2 Q. F. über dem inneren Muttermund. Leichtes Durchquetschen des Stiels. Die Uterusrevision ergibt Leere des Cavum. Chlorspülung. Die Blutung steht. Die entfernte Geschwulst paßt in das Loch in der Placenta. Es ist anscheinend ein submucöses Myom. In der Placenta zahlreiche Verkalkungen, marginale Insertion der Nabelschnur. Histologischer Befund: Leiomyoma uteri. Wochenbett afebril. Involution gut.

64. J. 1926 No. 1104. — D.-W. verh. 32 J.
II. Gravida. Vor 6 Jahren Spontangeburt. Es wird in der Gravidität ein Myom der Uterusvorderwand festgestellt. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. mit Dammriß II°. In der Nachgeburtsperiode Atonie, steht auf Pituglandol, Secacornin. Wochenbett afebril. Am 10. Tag ist das Myom äußerlich nicht mehr feststellbar. Lochien noch etwas blutig.

65. J. 1926 No. 1254 — Z.-H. verh. 31 J.
II. Gravida. Vor zwei Jahren Zangengeburt. Gravidität o. B. Wegen engen Beckens wird eine Sectio caesarea mit tiefem Schnitt im Corpus uteri vorgenommen, dabei werden an der Uterushinterwand multiple subseröse und intramurale Myomchen festgestellt. Reifer Knabe aus I. H. H. L. In der Nachgeburtsperiode Wehen anfangs schwach. Wochenbett febril.

66. J. 1926 No. 1402 — M.-N. verh. 39 J.
II. Gravida. Wurde vor 4 Jahren hier durch Kaiserschnitt wegen Placenta praevia entbunden. Damals wurde kein Myoma uteri festgestellt. Jetzige Gravidität mit Hyperemesis. Wegen vorzeitiger Lösung der Placenta mußte vor dem Termin die Sectio caesarea transperitoneales fundalis ausgeführt werden. Es wurde ein abgestorbenes, frühreifes Mädchen aus Kopflage extrahiert. An der Hinter- und Vorderwand des Uterus wurden multiple Myome festgestellt. Die Amputatio uteri supravaginalis wird angeschlossen. Wochenbett febril. Thrombophlebitis.

67. J. 1926 No. 1405 —W.-W. verh. 43 J.
II. Gravida. Vor ca. 20 Jahren Spontangeburt. Es werden in der Gravidität multiple Myome festgestellt, das größte (eigroß) an der linken Kante, kleinere Knoten am Fundus. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. Vorzeitiger Blasensprung. Wehen mittel. In der Nachgeburtsperiode Wehen mittel, leichte Hypotonie postpartal. Wochenbett afebril.

68. J. 1926 No. 1528 — A.-F. verh. 32 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft wird an der Uterusvorderfläche, zwischen Nabel-Symphyse, mehr rechts, ein fast faustgroßes Myom festgestellt. Weitere kleinere Myome mehr links

fundalwärts. Geburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. Primäre Wehenschwäche, protrahierter Verlauf, drohende Asphyxie, daher Forceps Kielland. Starker Blutverlust in der Nachgeburtsperiode. Placenta vollständig. Wochenbett afebril. Lochien vermehrt. 2 Jahre später tritt Patientin erneut zur Geburt ein. Es ist an der Uterusvorderwand, 2 Q.F. über dem obern Symphysenrand. ein eigroßes subseröses Myom zu fühlen. Mehrere kleine Myome am Fundus und in der Nähe der rechten Kante. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. bei guten Wehen. Nach der Ausstoßung der Placenta fühlt man an der Vorderwand des gut kontrahierten Uterus gegen den Fundus zu, etwas rechts von der Medianlinie, einen gut gänseeigroßen, kurz gestielten, subserösen Tumor. Wochenbett afebril. Involution gut.

69. J. 1927 No. 91 — L.-S. verh. 37 J.
III. Gravida. Vor 3 Jahren Steißlage, letztes Jahr Spontangeburt mit starker Nachblutung. Wegen Eclampsie wird vor dem Termin die Sectio caesarea transperitonealis cervicalis ausgeführt. Wir finden in mittlerer Höhe der Mittellinie der Uterusvorderwand ein reiskorngroßes Myom. Weitere Myome verstreut. Der frühreife Knabe starb bald an Adynamie. Mutter nachträglich im eclamptischen Anfall gestorben.

70. J. 1927 No. 99 — T.-H. verh. 33 J.
Primigravida. Es wird in der Schwangerschaft, rechts 6 Q. F. unter Nabel, ein pflaumengroßes Myom festgestellt. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. (dorsoposterior), bei vorzeitigem Blasensprung. Primäre Wehenschwäche. In der Nachgeburtsperiode schwache Wehen, geringer Blutverlust. Wochenbett febril. P. Z. Cystitis.

71. J. 1927 No. 704 — B.-B. verh. 28 J.
Primigravida. Patientin leidet seit dem 6. Monat an akuter Schizophrenie. Unter der Geburt werden am Fundus drei nußgroße und einige kleinere Myome feststellbar. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. II. H. L. Wehen gut. Nachgeburtsperiode o. B. Wochenbett afebril.

72. J. 1927 No. 792 — H.-J. verh. 39 J.
Primigravida. Sectio caesarea transperitonealis alta wegen Eclampsia gravidarum. Reifer Knabe aus I. reiner Steißlage. Befund: an der linken Uteruskante, 4 cm oberhalb des Ansatzes des Lig. rotundum, findet sich ein nierenförmiges, gestieltes Myom, 6:4:4½ cm, um 180 Grad torquiert, von gelb-grauweißlicher Farbe, glatter Oberfläche. Der Stiel ist bleistiftdick, nach rechts torquiert (Verwachsung mit dem Netz). Amputatio uteri supravaginalis. Auf der Amputationsfläche (Vorderwand) findet sich ein weiteres Myom. Wird excidiert.

73. J. 1927 No. 965 — A.-Sch. verh. 40 J.
III. Gravida. Vor 16 Jahren Zangengeburt mit Atonie, vor 13 Jahren Gemelli u. Atonie. In der Gravidität Emesis, Kreuzschmerzen, Blutabgang 3 Tage ante partum. Es wird ein taubeneigroßes subseröses Myom des Fundus uteri festgestellt. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. Nach Ausstoßung der Placenta wird prophylaktisch Pituglandol, Secacornin injiziert. Der Uterus ist groß, hart, platt-kantig, reicht bis zum Nabel, Myom am Fundus. Wochenbett afebril. Am 10. Tag Lochia rubra.

74. J. 1927 No. 1181 — O.-B. verh. 37 J.
Primigravida. In der Gravidität Gallensteinkoliken. Vor der Geburt finden wir etwas unterhalb des linken Fundalwinkels einen dem Uterus anscheinend ziemlich breitbasig aufsitzenden, mäßig derben, gänseeigroßen, in der Richtung gegen das linke Hypochondrium sich hinziehenden Tumor, auf Druck nicht empfindlich. Spontangeburt eines frühreifen Mädchens aus II. H. H. L. bei guten Wehen. Nach der Geburt hat der deutlich fühlbare Tumor mehr walzenförmige Gestalt. Gute Wehen in der Nachgeburtsperiode. Wochenbett o. B. Uterusmyom dauernd fühlbar.

75. J. 1927 No. 1614 — M.-M. verh. 33 J.
II. Gravida. Vor 1 Jahr Abort mens. III. Sectio caesarea profunda wegen drohender Asphyxie, bei primärer Wehenschwäche, rigiden Weichteilen, großem Kopf. Reifer Knabe aus I. H. H. L. Es wird ein kirschkerngroßes, subseröses Myom der Uterushinterfläche gefunden. Nachgeburtsperiode o. B. Wochenbett febril. Bronchitis.

76. J. 1928 No. 1226 — s. Geburtshilfliche Abteilung.

77. J. 1928 No. 1389 — G. ledig, 40 J.
Primigravida. War im 3. Monat in Spitalbehandlung wegen Kreuz- und Unterleibsschmerzen. Es ließ sich äußerlich im Unterbauch, besonders rechts eine knollige, derbe Resistenz feststellen, unebene Oberfläche, wenig beweglich, z. T. etwas empfindlich. Vaginale Exploration: An der rechten Kante ein zitronengroßer, druckempfindlicher, glatter, ziemlich derber Tumor ohne Stiel. 6 Wochen vorher war folgender Befund erhoben worden: Rechts am Corpus liegt ein gut eigroßer, derber Tumor, etwas oberhalb vom innern Muttermund ein kleinkirschkerngroßer Knoten. Auf Prießnitz mit Bettruhe wird Patientin beschwerdefrei entlassen. Wiedereintritt zur Geburt. Wir finden das subseröse Myom breitbasig aufsitzend. Wegen drohender Asphyxie bei primärer Wehenschwäche wird der reife Knabe aus I. H. H. L. durch Forceps Kielland geboren. Er war schon abgestorben. Nach der Geburt steht der Uterus 2 Q. F. unter Nabelhöhe, das Myom fühlt sich stark vorspringend sowie gestielt an. Nachgeburtsperiode mit guter Uteruskontraktion. Wochenbett febril, der Knoten an der rechten Kante ist am 15. Tag noch fühlbar. Lochia cruenta.

78. J. 1928 No. 1485 — B.-G. verh. 37 J.
II. Gravida. Vor 5 Jahren Abort. Unverschieblicher Tumor im linken Hypogastrium. Spontangeburt des reifen Knaben aus II. H. H. L. Nach der Geburt ist das Myom kleinkindskopfgroß, gut fühlbar, verzieht sich mit dem Steigen des Uterus auf die rechte Seite. In der Placentarperiode Atonie. Wochenbett afebril. Phlebitis. Knoten gut durchfühlbar.

79. J. 1928 No. 1535 — K.-K. verh. 46 J.
VII. Gravida. Bisher 1 künstliche Frühgeburt. 1 Forceps mit totem Kind, 2 Zwillinge (tot), 1 normale Geburt, 1 Abort im 4. Monat. Vor 4 Jahren war Patientin in Spitalbehandlung. Diagnose: Uterus myomatosus. Neurasthenie. Befund: Uterus etwas größer als normal, plump, derb, frei beweglich. Therapie: Heiße, prolongierte Sitzbäder, Sprudelbäder. In der jetzigen Gravidität Emesis, Uebelkeit, geschwollene Beine, Uterus myomatosus. Sectio caesarea wegen Geburtsstillstand bei primärer Wehenschwäche. Reifer, lebender Knabe aus II. H. H. L. Wochenbett febril, P. Z. Die Uteruswand erwies sich als sehr dick und von Myomenkeimen durchsetzt.

80. J. 1928 No. 1590 — M.-S. verh. 32 J.
Primigravida. Wir finden an der Vorderwand des Uterus, gegen die rechte Kante zu und am Fundus 3 hühnereigroße bis gänseeigroße, ziemlich breit aufsitzende Knoten. Verstreut multiple, wenig prominierende Myome. In der Schwangerschaft Emesis. Spontangeburt eines reifen, bei Spitaleintritt schon abgestorbenen Knaben aus I. H. H. L., bei frühzeitigem Blasensprung. Gute Wehen in Geburt und Nachgeburtsperiode. Wochenbett afebril, am 3. Tag sind die Myome etwas druckempfindlich (Besserung auf Prießnitz), beim Austritt nicht mehr empfindlich, doch noch gut fühlbar.

81. J. 1928 No. 1656 — R.-W. verh. 39 J.
Primigravida. Anamnese o. B. Menstruation mit 12 Jahren, regelmäßig, 4 wöchentlich, 3—4 tägig, mittlerer Blutverlust, keine Molinima. Patientin fühlte sich während der Schwangerschaft wohl. Stuhl geregelt. Becken: 26:28:20. Entwicklung des reifen Mädchens aus I. dorsoanteriorer Querlage wegen Myoma uteri cervicalis intraligamentaris, Verlegung des Beckeneingangs, vor,-zeitigem Blasensprung mit Nabelschnurvorfall, drohender Asphyxie durch Sectio caesarea mit angeschlossener Amputatio uteri supravaginalis. Operationsbericht: Der Uterus liegt in der Bauchhöhle torquiert, der linke Fundalwinkel befindet sich ungefähr in der Mitte. Die Wand des Uterus ist sehr dick. Extraktion des bald schreienden weiß asphyctischen Kindes. Es handelt sich um ein cervicales, faustgroßes Myom, das ins rechte Beckenbindegewebe hineinwächst. Unterbindung und Durchtrennung der Adnexansätze, Lig. rotunda, der Arteriae uterinae. Amputa-

tion des Uterus, dicht unterhalb des Myoms. Schichtweise Naht des Stumpfes. Das cervicale Myom mißt 11:8½:8 cm. Auf der Hinterwand des Uterus, im Fundalteil, findet sich ein zweiter, walnußgroßer Tumor, gut verschieblich, etwas höckerige Oberfläche. Wochenbett febril.

82. J. 1928 No. 1976 — R.-A. verh. 45 J.
Primigravida. In der Gravidität Emesis, Husten, Kreuzschmerzen. Geburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. durch Sectio caesarea und Defundatio uteri wegen vorzeitigem Blasensprung, Wehenlosigkeit, drohender Asphyxie. Es werden einige Myomata uteri festgestellt. Wochenbett afebril.

83. J. 1929 No. 39/2044 — M.-D. verh. 40 J.
Primigravida. Patientin ist seit 2 Jahren verheiratet. Im 6.—7. Monat dieser Gravidität war sie hier zur Myomectomie. Anamnese: Schon früher hie und da Schmerzen im Unterleib rechts. Vor einer Woche und gestern heftiger Schmerzanfall. Befund: Bauchdecken sehr gespannt. Der gravide Uterus trägt links einen kleinen Tumor, rechts einen faustgroßen, mäßig derben Knoten, der bei leisester Berührung sehr empfindlich ist. Oberfläche etwas unregelmäßig. Portio vor der Führungslinie. Corpus liegt nach links herüber. Die Operation ergab, daß der faustgroße, ziemlich bewegliche Tumor mit 4 cm langem, 2-Fr.-Stück dickem Stiel beim Ansatz des Lig. rotundum inseriert. Der Stiel ist leicht torquiert. Das Myom wird excidiert, die Gravidität geht ungestört weiter. Zur Geburt tritt Patientin wieder ein. Wegen drohender Asphyxie wird Zangenextraktion versucht, dann Wendung, Handgriff der Sigemundin, *Veit-Smellie*. Das reife Mädchen in I. H. H. L. war sub partu abgestorben. Nachgeburtsperiode o. B. Wochenbett afebril.

84. J. 1929 No. 78 — M.-Sch. verh. 41 J.
Primigravida. Entwicklung des reifen Mädchens aus II. H. H. L. durch Sectio caesarea mit Defundatio, bei vorzeitigem Blasensprung, primärer Wehenschwäche. Nachgeburtsperiode o. B. Wochenbett febril.

85. J. 1929 No. 527 — s. 29 Geburtshilfliche Abteilung.

86. J. 1929 No. 799 — D.-G. verh. 29 J.
Primipare. 5 Jahre steril verheiratet. Ende des 3. Monats Uterus am Nabel. Damals: Rechts ein Haupttumor, apfelgroßer, unterer Tumorpol im Beckeneingang. Vom 6.—7. Monat an war der Beckeneingang leer. Gravidität o. B. Bei der Geburt rechts ein gut kindskopfgroßer, flach in den Uterus übergehender Tumor. Sectio caesarea mit Amputatio uteri supravaginalis. Reifes Mädchen aus I. Kopflage. Multiple Myome am vorgewälzten Uterus, das größte, rechts unten, apfelgroß, ist von beweglichem Peritoneum überzogen.

87. J. 1929 No. 1038 — S.-T. verh. 37 J.
Primigravida. Sectio caesarea transperitonealis wegen Mißverhältnis Kopf–Becken. Reifes Mädchen aus I. Kopflage. Multiple, bis haselnußgroße Myome am Uterus. Wochenbett o. B.

88. J. 1929 No. 1305 — G.-M. verh. 33 J.
V. Gravida. Bisher neben 2 Normalgeburten eine Frühgeburt und ein Abort. In der Schwangerschaft Beinoedeme und Emesis. Spontangeburt bei guten Wehen eines reifen Knaben aus II. H.H.L. Drei Myome am Uterus, die pflaumengroßen Knoten bleiben auch im Wochenbett fühlbar. Puerperium afebril.

89. J. 1929 No. 1517 — S.-K. verh. 37 J.
II. Gravida. Vor 10 Jahren eine Zangengeburt. Schon in der Schwangerschaft werden Myome festgestellt. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. bei primärer Wehenschwäche. Gute Wehen in der Nachgeburtsperiode. Postpartal finden wir einen apfelgroßen Knoten an der linken, einen zwetschgengroßen Knoten an der rechten Kante. Am 10. Wochenbettstag sind die Myome nicht mehr deutlich vom Uterus zu unterscheiden. Im Wochenbett Involutio mala und Lochialretention.

90. J. 1929 No. 1523 — D.-H. verh. 30 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft Erbrechen. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. bei vorzeitigem Blasensprung, aber guten Wehen. Am Fundus uteri ist ein nußgroßes Myom zu fühlen. In der Nachgeburtsperiode Hypotonie. Placenta circumvallata. Wochenbett afebril.

91. J. 1930 No. 497 — L.-J. verh. 44 J.
III. Gravida. Vor 7 Jahren Normalgeburt mit postplacentarer Atonie. In der jetzigen Schwangerschaft wurde ein Uterus myomatosus festgestellt. Gute Wehen während der Geburt und Nachgeburtsperiode, Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H.H.L. Wochenbett febril, mit Thrombophlebitis.

92. J. 1930 No. 854 — K.-S. verh. 30 J.
Primigravida. Sectio caesarea transperitonealis profunda wegen Placenta praevia und drohender Asphyxie. Reifes Mädchen aus I. H. H. L. Myomectomie eines kirschgroßen, subserösen Myoms.

93. J. 1930 No. 1009 — W.-Sch. verh. 38 J.
Primigravida. Sectio caesarea transperitonealis classica wegen coxalgisch schräg verengtem Becken bei vorzeitigem Blasensprung. Reifer Knabe (mit Hydrocele rechts) aus I. H. H. L. Apfelgroßes, subseröses, breitbasiges Myom in der Mitte der Fundushinterwand mit einem gelblich-erweichten Zentrum von Walnußgröße (beg. Nekrose). An der rechten Kante ein eigroßes, subseröses Myom mit einem ganz verflüssigten, dunkel gelbbraunen Inhalt. Multiple walnuß—mandelgroße, z. T. nekrotische

Myome auf der Uterusvorder- und Hinterwand. Amputatio uteri alta. Placenta succenturiata. Wochenbett afebril.

94. J. 1930 No. 1507 — W.-M. verh. 34 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft wird ein nußgroßes, subseröses Myom der Uterusvorderwand festgestellt. Forceps Zweifel bei vorzeitigem Blasensprung, primärer Wehenschwäche, Stillstand der Geburt in der Eröffnungsperiode. Reifes Mädchen aus II. H. H. L. Gute Wehen in der Nachgeburtsperiode. Wochenbett afebril.

95. J. 1930 No. 1669 — P.-B. verh. 41 J.
Primigravida. Sectio caesarea wegen vorzeitigem Blasensprung und primärer Wehenschwäche bei alter Erstgebärender. Reifer Knabe aus I. Kopflage. Multiple, kleine subseröse Myome an der Uterusvorder- und Hinterfläche. Placenta sehr festhaftend. Amputatio uteri alta.

96. J. 1930 No. 1845 — T.-W. verh. 35 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft Sodbrennen. Multiple Myome des Uterus. Wegen eines bei rectaler Exploration als Querwulst fühlbaren Knotens (rechts hinten, 2 Q. F. über der Interspinallinie, flaches, ca. 4 cm breites Myom), wobei sich der kindliche Kopf nur knapp auf Spinallinie pressen läßt, wird die Sectio caesarea transperitonealis corporealis mit Amputatio uteri supravaginalis vorgenommen. Mädchen in II. H. H. L. Die Uteruswand ist sehr dick. Ein breitgestieltes, 7:4:3,5 cm messendes, subseröses Myom am linken, ein kleinnußgroßes ebensolches am rechten Fundalwinkel, ein kleinnußgroßes, intramurales Myom in der Vorderwandmitte, ein zweites etwas weiter unten. Links unten in der Vorderwand findet sich ein apfelgroßer, mittelderber, submucöser Knoten. Alle Tumoren zeigen deutliche, regressive Zeichen, Nekrose, Verkalkung. Wochenbett febril, Retention.

97. J. 1930 No. 2018 — H.-Sch. verh. 33 J.
Primigravida. Befund im 4.—5. Monat: Emesis, Klemmen und Schmerzen im rechten Unterbauch seit 2 Wochen, leichter Ausfluß. Jetzt heftige Schmerzen im Leib, Unterleib etwas druckempfindlich, besonders rechts, leichte Vorwölbung im rechten Unterbauch. Dicht an der rechten Uteruskante findet sich ein stark eigroßer Knoten von derber Konsistenz, glatter Oberfläche. Auf Bettruhe und Prießnitz wird der Tumor kleiner, schlaffer und ist nicht mehr druckempfindlich. Beim Eintritt zur Geburt finden wir ein gut orangengroßes, etwas bewegliches, subseröses Myom am rechten Fundalwinkel. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. bei guten Wehen. Deutlichere Stielbildung sub partu. Im afebrilen Wochenbett zeigt der Tumor nur geringe Verkleinerung, er ist unempfindlich.

98. J. 1931 No. 151 — B.-B. verh. 39 J.
Primigravida. Wegen Eclampsia gravidarum Sectio caesarea, frühreifes Mädchen aus I. H. H. L. Ueber kindskopfgroßes, zentral

erweichtes und mit blutig-trüber Flüssigkeit erfülltes Myom an der rechten Uteruskante, weitere Knoten. Das Kind ist, verglichen mit der errechneten Graviditätsdauer, auffallend klein. (259 Tage = 41 cm, 1820 g). Wochenbett febril, Pneumonie.

99. J. 1931 No. 238 — M.-J. verh. 29 J.
Primigravida. In der Gravidität wurde ein subseröses Myom festgestellt. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. bei guten Wehen. Wochenbett afebril.

100. J. 1931 No. 263 — B.-H. verh. 34 J.
Primigravida. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. Postpartal fand man am Fundus ein subseröses, nußgroßes Myom. Nachgeburtsperiode und Wochenbett o. B.

101. J. 1931 No. 287 — M.-S. verh. 31 J.
II. Gravida. Vor 4 Jahren Abort im 4. Monat. Nußgroßes, subseröses Myom links am Fundus. Spontangeburt eines frühreifen Mädchens aus II. H. H. L. bei vorzeitigem Blasensprung, guten Wehen. Involutio uteri mala.

102. J. 1931 No. 335 — B.-K. verh. 32 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft Magenbrennen, subseröses, nußgroßes Myom rechts von der Fundusmitte. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. Gute Wehen in der Nachgeburtsperiode, von den Eihäuten fehlt ein Drittel. Wochenbett afebril, am 10. Tag ist das Myom noch knapp kirschgroß und indolent.

103. J. 1931 No. 608 — K.-M. verh. 30 J.
II. Gravida. Vor 5 Jahren Normalgeburt. Pyrosis in der Schwangerschaft. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis wegen Placenta praevia totalis. Reifer Knabe aus II. H. H. L. Myomectomie eines subserösen Knotens der Uterusvorderwand. Wochenbett o. B.

104. J. 1931 No. 902 — M. ledig, 39 J.
Primigravida. Emesis in der Gravidität. Spontangeburt eines frühreifen Mädchens aus I. H. H. L. bei guten Wehen. Retentio placentae totalis (Tubenplacenta) bei schlechten Wehen. Manuelle Placentarlösung. Haselnußgroßes, submucöses Myom an der linken Kante über dem innern Muttermund, haselnußgroßer, subseröser Knoten an der Hinterwand, kleiner Tumor an der Vorderwand subserös. Involution im Wochenbett verlangsamt.

105. J. 1931 No. 988 — Sch.-G. verh. 34 J.
Primigravida. Sectio caesarea transperitonealis profunda bei vorzeitiger Lösung der normal inserierenden Placenta und drohender Asphyxie. Bohnengroßes, subseröses Myom Mitte Uterusvorderwand. Frühreifer, abgestorbener Knabe in Kopflage. Wochenbett febril, Thrombophlebitis.

106. J. 1931 No. 1016 — D.-Z. verh. 38 J.
II. Gravida. Vor 6 Jahren Normalgeburt. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. Uterus duplex mit subserösem Myom der Vorderwand. Gute Wehen. Wochenbett o. B.

107. J. 1931 No. 1230 — G.-G. verh. 30 J.
Primigravida. Bei drohender Asphyxie Sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Haselnußgroßes, subseröses Myom rechts an der Hinterwand. Frühreifes Kind aus I. H. H. L. Praeeclampsie im Wochenbett.

108. J. 1931 No. 1464 — H.-M. verh. 25 J.
Primigravida. 2 kleine, subseröse Myome am Fundus uteri. Forceps Zweifel bei primärer Wehenschwäche, drohender Asphyxie, tiefem Querstand und zweimaliger Nabelschnurumschlingung um den Hals. Reifer Knabe aus I. H. H. L. Placentare und postplacentare Hypotonie. Wochenbett afebril.

109. J. 1931 No. 1656 — M.-W. verh. 33 J.
III. Gravida. Bisher 2 Normalgeburten. In der Schwangerschaft Emesis, Ohnmachten, nußgroßes, subseröses Myom der Vorderwand. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. Wochenbett afebril, gänseeigroßes Myom.

110. J. 1931 No. 1732 — L.-M. verh. 37 J.
Primigravida. Befund im 8. Monat: Seit gestern heftige Krämpfe im Kreuz und beidseits im Unterleib, konzentrieren sich links vom Nabel. Stark schmerzhafte Vorwölbung im Gebiet der linken Leiste. Abdomen aufgetrieben, seit zwei Tagen kein Stuhl, doch Winde, kein Erbrechen. Im Gebiet des Nabels läßt sich dann eine faustgroße, kugelige, druckempfindliche Geschwulst feststellen. Kindliche Herztöne und Kindsbewegungen positiv. Das stielgedrehte, subseröse, z. T. cystische, mit 1 Fr. großem Ansatz vom Uterusfundus ausgehende Myom wird abgetragen. Es ist stark durchblutet und zum größten Teil nekrotisch. 3 Tage nach der Myomectomie Ausstoßung eines frühreifen, bald absterbenden Knaben aus I. V. H. L. bei vorzeitigem Blasensprung und guten Wehen. Wochenbett febril, Thrombophlebitis und Embolie.

111. J. 1932 No. 4/1884 — S. ledig 33 J.
Primigravida. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis bei Eclampsia gravidarum. Nußgroßes, derbes Myom. Frühreifes Mädchen aus I. H. H. L. Wochenbett febril.

112. J. 1932 No. 134 — B.-S. verh. 36 J.
II. Gravida. Letztes Jahr: Primäre Wehenschwäche, intrauteriner Fruchttod, enges Becken, Perforation, Cranioclasie, Wochenbett afebril. — Jetzt: Sectio caesarea transperitonealis profunda wegen Pelvis Angusta I^0 und Mißverhältnis Kopf—Becken. Mehrere bis nußgroße Myome an der Vorder- und Hinterwand, z. T. intramural. Reifes Mädchen aus I. H. H. L. Wochenbett febril, Retention.

113. J. 1932 No. 1918 — V.-G. verh. 29 J.
Primigravida. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. bei vorzeitigem Blasensprung, guten Wehen. Placentare Hypotonie. Gut hühnereigroßes, subseröses Myom an der Uterusvorderfläche, ein kleineres links am Fundus. Wochenbett febril. Retention.

114. J. 1932 No. 379 — H.-H. verh. 34 J.
Primigravida. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis bei vorzeitigem Blasensprung, primärer Wehenschwäche und Geburtsstillstand. Einzelne, kleine, subseröse Knötchen auf der Uterushinterfläche. Reifer Knabe aus H. H. H. L. Wochenbett febril, putride Zersetzung der Lochien.

115. J. 1932 No. 994 — C.-J. verh. 33 J.
Primigravida. Taubeneigroßes Myom links am Fundus. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. Nachgeburtsperiode und Wochenbett o. B.

116. J. 1932 No. 1367 — S.-Sch. 28 J.
III. Gravida. Vor 4 Jahren Normalgeburt, vor 2 Jahren Geburt mit starker postpartaler Blutung. In der jetzigen Schwangerschaft Emesis, Blutabgang am Menstruationstermin, Hydramnion. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. Nach der Geburt läßt sich am linken Tubenwinkel deutlich ein eigroßer, glatter, derber, dem Uterus fest aufsitzender Tumor nachweisen. Postplacentare Hypotonie. Wochenbett afebril.

117. J. 1932 No. 1417 — S.-L. verh. 31 J.
Primigravida. Emesis in der Schwangerschaft. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. bei guten Wehen. Nach der Geburt läßt sich am Uterus ein derber Knoten abtasten. Eihautretention $^1/_3$. Wochenbett mit Retention und putrider Zersetzung der Lochien.

118. J. 1932 No. 1610 — W.-M. verh. 36 J.
Primigravida. An der linken Uteruskante, oberhalb des Lig. Pouparti, ein gut eigroßes, flach vorspringendes, intramurales Myom. Ferner ein nußgroßer, flacher Tumor rechts von der Mittellinie in mittlerer Nabelhöhe. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. bei primärer Wehenschwäche. Mäßige Wehen in der Nachgeburtsperiode. Wochenbett afebril. Involution o. B.

119. J. 1933 No. 12/2014 — M.-M. verh. (8 J.) , 34 J.
IV. Gravida. Bisher 1 Normalgeburt, 2 Frühgeburten (tot). In der Gravidität Nephritis chronica, Praeeclampsie, Schmerzen im Epigastrium. Frühreifes Mädchen in Steißlage. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis (Tubensterilisation). Myomectomie am myomatösen Uterus. Kind wird totgeboren. Wochenbett febril (P. Z. Nephropathie). Der ganze Uterus ist von zahlreichen kleinen Myomknoten durchsetzt. Das größte Myom ist subserösgestielt, nußgros, zentral erweicht. Es wird enucleiert.

120. J. 1933 No. 85 — E.-M. verh. (2 J.), 32 J.
II. Gravida, vor 3 Jahren Abort mens. II. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. Primäre Wehenschwäche. Dammriß II°. Retentio placentae in der rechten Tubenecke. Credé. Manuelle Lösung. Pituglandol. Secacornin. Nach der Geburt präsentiert sich der Uterus als Uterus arcuatus mit einigen Myomen an der Vorderfläche. Wochenbett afebril.

121. J. 1933 No. 128 — K.-D. verh. (12 J.), 35 J.
II. Gravida. Vor 2 Jahren Geburt mit Nephropathie. In der jetzigen Schwangerschaft Nephropathie, Praeeclampsie bei Uterus myomatosus. Extraktion des reifen Knaben aus I. unvollständiger Fußlage, bei vorzeitigem Blasensprung und primärer Wehenschwäche. *Deventer-Müller* mit Lösung beider Arme, *Veit-Smellie*. Dammriß III°, Oberarmfraktur rechts. Postplacentare Hypotonie. Wochenbett febril (Retention), Involutio mala (Lochia rubra am 19. Wochenbettstag).

122. J. 1933 No. 130 — W.-H. verh. (3 J.), 38 J.
Hochgradige Vaginalstenose. Reifer Knabe in I. Kopflage. Sectio caesarea cervicalis *(Dörfler)* mit Amputatio uteri supravaginalis. Man findet am Uterus mehrere Myome, rechts hinten einen ca. mandarinengroßen, subserös-intramuralen Knoten, er zeigt weitgehende Degeneration der bindegewebigen Anteile (Verflüssigung, hyaline Quellung). Wochenbett febril (Retention, Bronchitis, Cystitis).

123. J. 1933 No. 253 — H.-D. verh. (23 J.), 46 J.
XII. Gravida, dabei 1 Fehlgeburt und 1 Fußlage. Myoma uteri und Hernia umbilicalis in der Schwangerschaft. Frucht in I. vollkommener Fußlage. Blutabgang in der Eröffnungsperiode bei tiefem Sitz der Placenta. Spontangeburt des frühreifen Mädchens. Nach Ausstoßung der Placenta steht der Uterus gut kontrahiert zwischen Nabel u. Proc. xiphoides. Wochenbett afebril. Der myomatöse Uterus reicht am 10. Tag bis zum Nabel. Lochia fusca.

124. J. 1933 No. 600 — W.-Sch. verh. (6 J.), 31 J.
Primigravida. In der Gravidität wird ein nußgroßer Knoten der Uterusvorderwand festgestellt. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. Vorzeitiger Blasensprung, primäre Wehenschwäche. Dammriß II°. Nachgeburtsperiode o. B. Wochenbett febril (Geburtssteigerung).

125. J. 1933 No. 626 — G.-M. verh. 31 J.
Primigravida. In der Schwangerschaft wurde ein kleines Myomknötchen festgestellt am Fundus. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus I. H. H. L. Von den Eihäuten fehlen $^3/_4$. Am 10. Wochenbettstag ist das Myomknötchen kaum kirschgroß. Wochenbett afebril.

126. J. 1933 No. 652 — M.-Sch. verh. (2 J.), 34 J.
Primigravida. Im 4.—5. Monat der Gravidität kommt Patientin

in Spitalbehandlung. Sie verspürte vor 4 Wochen eine Geschwulst im Leib, die sehr rasch wuchs. Befund: Unterbauch etwas vorgewölbt. Resistenz rechts vom Nabel, 3 Q.F. über diesem, glatt, sehr derb, gut begrenzt, gut verschieblich. Links unterhalb des Nabels der verdrängte Uterus. Portio in normaler Höhe, Corpus in Anteflexion, nach links verdrängt, weich, in mittlerer Nabelhöhe. Die Verbindung des äußerlich gefühlten Tumors mit dem Uterus ist ca. kleinhandtellergroß. Der Tumor ist über kindskopfgroß, liegt rechts. Außerdem an der vorderen Uteruswand, in deren Mitte, ein kleinnußgroßes, derbes Knötchen. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigt der Uterus kleine weiße Myomkeime. Der Tumor in der Gegend des rechten Fundalwinkels geht mit einem 2 Fr.-Stück großen, kurzen Stiel medial vom Adnexansatz aus. Das eiförmige, glatte, 11:16:9 cm messende und 840 g wiegende, stark hyalin-degenerierte Myom wird ausgeschält (Myomectomie). Die Gravidität geht ungestört weiter. Wiedereintritt zur Geburt. Spontangeburt des frühreifen Knaben (mens. VIII.—IX.) aus II. H. H. L. Vorzeitiger Blasensprung. Dammriß II°. Postplacentare Hypotonie. Wochenbett afebril. Am 10. Tag steht der Uterusfundus Mitte Nabel—Symphyse, Lochia fusca.

127. J. 1933 No. 728 — M.-B. verh. (1 J.), 28 J.
Primigravida. Drohende Frühgeburt in der 26. Woche. In der Gravidität wurden Myome am schwangeren Uterus festgestellt: Hühnereigroßes Myom an der rechten Kante, taubeneigroßes Myom in Fundusmitte oben, gänseeigroßes Myom an der rechten Kante oben, intramurales Myom 3 Q. F. über dem Ansatz des Lig. Pouparti. Spontangeburt eines reifen Mädchens aus II. H. H. L. Vorzeitiger Blasensprung, Wehen in der Eröffnungsperiode schlecht. Im Wochenbett deutliche Involution der Myome.

128. J. 1933 No. 794 — K.-B. verh. 32 J.
Primigravida. Von Anfang an Uterus stark mit Myomen besetzt und durchsetzt. Kleinfaustgroßer Tumor in der rechten Kante. Während der Schwangerschaft rückte dieser Knoten nach hinten. Blutspuren in den ersten zwei Monaten. Spontangeburt eines reifen Knaben aus II. H. H. L. Doppelter Blasensprung, davon einer vorzeitig. Gute Wehen. Nachgeburtsperiode o. B. Nach der Geburt stand der Uterus am Nabel. Der Tumor rechts war kleinfaustgroß. Am Fundus mehrere subseröse Myome. An der Vorderwand ein taubeneigroßes, breit gestieltes Myom. Wochenbett afebril. Am 13. Tag: Uterus handbreit über der Symphyse. Lochien spärlich. Myome nicht mehr deutlich. Kind: Mangelnder Descensus testis rechts und ein Angiom am linken Kieferwinkel.

129. J. 1933 No. 1017 — L.-E. verh. (1 J.), 37 J.
II. Gravida. Vor 12 Jahren Abort mens. II. Wegen Nephropathie, Praeeclampsie, vorzeitiger Lösung der normal inserierenden Placenta wird Patientin durch Sectio caesarea transperitonealis cor-

porealis mit Amputatio uteri alta entbunden . Frühreifes, an intrauteriner Asphyxie zu Grunde gegangenes Kind aus I. gemischter Steißlage. Dabei finden wir eine Durchsetzung des Uterus mit mehreren ca. haselnußgroßen, subserösen und intramuralen Myomen. Wochenbett febril, erst Anämie, Nephropathie, dann rasche Besserung.

130. J. 1933 No. 1358 — Sch.-N. verh. 35 J.
Primigravida. Schon in graviditate wird ein Uterus myomatosus diagnostiziert. Entbindung durch Forceps Zweifel, da vorzeitiger Blasensprung, primäre Wehenschwäche, Geburtsstillstand, zersetztes Fruchtwasser. Reifer Knabe aus I. H. H. L. Blutverlust in der Nachgeburtsperiode mittel. Wochenbett afebril. Uterus gut involviert.

131. J. 1933 No. 1379 — B.-B. verh. (11 J.), 40 J.
II. Gravida. Vor 5 Jahren Normalgeburt. In der Schwangerschaft Emesis, Oedeme, Uterus myomatosus. Spontangeburt von zweieiigen Zwillingen (reifes Mädchen, frühreifer Knabe) aus II. H. H. L. Vorzeitiger Blasensprung. Primäre Wehenschwäche. Placentare Hypotonie. Credé. Pituglandol, Secacornin je 1 cm^3. Wochenbett afebril. Involution gut.

132. J. 1933 No. 1717 — B.-P. verh. 42 J.
Primigravida. Schon in der Schwangerschaft wurden Myome festgestellt. Entbindung durch Sectio caesarea mit Amputatio uteri alta wegen engen Beckens und Hochstand des Kopfes. Reifer Knabe aus II. H. H. L. Der Uterus zeigt rechts hinten ein subseröses, ca. mandarinengroßes Myom, ein ebensolches subseröses am linken Fundalwinkel. In der Muskulatur multiple, faserige, meist hühnereigroße Knoten. Schnittfläche etwas körnig. Andere Knoten zentral völlig erweicht, verflüssigt. Keine Zeichen für Malignität. Wochenbett febril (Geburtssteigerung).

133. J. 1933 No. 1749 — B.-R. verh. (7 J.), 35 J.
II. Gravida. Vor 4 Jahren Abort mens. II.—III. Gravidität o. B. Spontangeburt eines reifen Knaben aus I. H. H. L. Placentare und postplacentare Hypotonie. Faustgroßes Myom an der Uterusvorderfläche, hinten links ein ca. taubeneigroßes Myom. Wochenbett afebril.

134. J. 1933 No. 1999 — St.-B. verh. 34 J.
Primigravida. Vor Wehenbeginn findet sich an der Uteruswand unterhalb des Nabels ein flach vorspringendes, nußgroßes, subseröses-interstitielles Myom. Spontangeburt eines frühreifen Knaben aus II. H. H. L. Knabe mit Hypospadia glandis. Vorzeitiger Blasensprung. Anfängliche Wehenlosigkeit. Nachgeburtsperiode o. B. Postpartal steht das Myom 2 Q. F. über dem Nabel. Wochenbett afebril. Involutio uteri gut.

Gynäkologische Abteilung.

135. J. 1920 No. 29/854 — H.-H. verh. (2 Jahre) 31 J. Primigravida. Graviditas mens. VII. Anamnese: Vor ca. 8 Tagen Schmerzen in der Nabelgegend. Patientin stellte hier einen Knoten fest, der sehr leicht beweglich war. Status: Rechts vom Nabel ein kleines (3—4 : 1 cm) dickes Myom, sehr beweglich, anscheinend gestielt und ausgehend von der linken Uteruskante. Derb elastisch. Mit einem kleinen Teil vorspringend. Operationsbericht: Der Tumor hat einen kurzen, ca. bleistiftdicken Stiel, er ist etwas weich, leicht gelappt. Der Stiel wird unterbunden. Stielansatz ca. 3 cm oberhalb des Ansatzes des Lig. rotundum rechts. Die Geschwulst wird abgetrennt. Präparat: Der Tumor mißt 5:4: 2,5 cm, er ist auf dem Durchschnitt etwas sanguinolent mit dunklen Partien. 3 kleine Herde mit roter Degeneration. Die Gravidität geht ungestört weiter.

136. J. 1920 No. 44 — O.-B. verh. (11 J.) 44 J. Primigravida. Graviditas mens. III.—IV. Anamnese: Schmerzen im Kreuz und Bauch, rechts und links unten. Brechreiz. Stuhlgang und Diurese o. B. Status: Im Hypogastrium, vorwiegend rechts, ist eine Resistenz palpabel von nicht genau umschreibbaren Konturen, ca. mannskopfgroß. Vaginale Exploration: Hinter dem Uterus, sich nach rechts hinüberstreckend, finden sich unbewegliche, nicht sehr empfindliche, knollige Tumoren. Der Uterus scheint in diese Tumoren überzugehen. In Narkose: Uterus ist eleviert und anteponiert. Rechts davon findet sich ein faustgroßer, etwas höckeriger, jetzt viel beweglicherer Tumor. Operationsbefund: Der faustgroße Tumor liegt vor. Der Uterus ist faustgroß, weich, gravid, in Anteflexion, steht mit einem kleinfingerdicken, gefäßreichen, ca. 3 cm langen Stiel vom rechten Fundalwinkel aus in Verbindung mit einem ca. gleich großen, derben, kugeligen, homogenen, allseits freien, etwas rechts gelegenen, myomatösen Tumor. Etwas links vom Stiel finden wir in der Uteruswand ein gut kirschgroßes, gelblich glänzendes, nicht gestieltes Myom. Der Stiel wird unterbunden. Das Myom abgetrennt. Der kleine Knoten wird keilförmig excidiert. Pathologisch-anatomischer Befund: Leiomyoma lymphangiectodes uteri. Gravidität geht ungestört weiter.

137. J. 1920 No. 169 — W.-L. verh. (19 J.), 40 J. IV. Gravida. 3 normale Geburten vor 18, 17, 14 Jahren. Graviditas mens. V. Anamnese: Patientin hat schon viele Jahre einen dicken Leib. Im 4. Monat traten im Unterleib sehr starke, wehenartige Schmerzen auf. Schon früher oft Mictionsbeschwerden. Im Beginn des 4. Monats heftige genitale Blutungen. Status: Leib in dorsoanteriorer Richtung stark aufgetrieben durch einen Tumor, der ca. 3 Q.F. über den Nabel reicht. Leibumfang 96 cm. Der Tumor ist kugelig, großhöckerig: rechts unterhalb des Nabels ein gut eigroßer Höcker, rechts davon innerhalb der Spina iliaca anterior superior ein ca. faustgroßer Höcker, links ist der Tumor mehr gleichmäßig weich. Portio geht unmittelbar über in den äußerlich gefühlten Tumor. Von unten sind härtere Partien nicht spürbar. Operationsbericht: Das ganze kleine Becken und der untere Teil des Abdomens bis über den Nabel ausgefüllt vom vergrößerten Uterus. Er reicht bis über den Nabel. In der Mitte der Vorderwand ein halbpfirsichgroßer Tumor. Rechte Uterushälfte hart, linke weich. Uterustumor mißt 12:16:19 cm. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis (Salpingoophorectomia dextra, Appendectomie).

138. J. 1920 No. 309 s. 9 Geburtshilfliche Abteilung.

139. J. 1920 No. 476 — F.-B. verh. (1 J.), 44 J. Primigravida. Graviditas mens. II.—III. Anamnese: Seit 3 Wochen ziehende Schmerzen im Unterleib, Kreuzschmerzen. Auffallende Zunahme des Leibumfangs. Menstruationsänderungen: Intervall von 1—2 Wochen, Dauer 1—2 Tage. Seit 3 Wochen fast dauernder Blutabgang mit schleimig-eitrigem Ausfluß. Pollakisurie. Status: Abdomen vorgewölbt, 2 Q. F. über den Nabel reichender, rundlich-ovaler, ziemlich derber, glatter, nicht druckempfindlicher, gut beweglicher Tumor. Die Portio geht in einen derben, höckerigen Tumor über, der gut mannskopfgroß ist. Links ein ca. kindskopfgroßer Tumor, der breitbasig mit dem Haupttumor zusammenhängt. Operationsbericht: Fast mannskopfgroßer Tumor, der dem Uterus angehört, reicht bis Mitte Nabel. Proc. xiphoides. Konsistenz eher weich, speziell auf der rechten und hintern Partie. Im obern Drittel ist der Tumor unsymmetrisch, stärkere Ausbuchtung gegen links, hier derbere Konsistenz. Absetzen des Uterus in Höhe des inneren Muttermundes. Das Cavum uteri ist ganz plattgedrückt, enthält Fruchtblase mit einem Foetus von 4 ½ cm Länge. Pathologisch-anatomischer Befund: Leiomyoma uteri mit Nekrosen und geringgradiger, chronischer Entzündung. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

140. J. 1920 No. 496 — M.-D. gesch. 37 J. IV. Gravida. Spontangeburt vor 17 Jahren, febrile Aborte im 4.—5. Monat vor 15, resp. 13 Jahren. Graviditas mens. III—IV. Anamnese: Vor 14 Tagen rötlicher, übelriechender Ausfluß, keine

Wehen, kein Fieber. Vor 10 Tagen leichte Wehen, wie bei den Menses. Abgang von hellrotem Blut, kein Fieber. Status: Fundus uteri, 1 Q.F. unterhalb des Nabels, keine kindlichen Herztöne. Portio etwas über Spinallinie. Cervix geschlossen. Uterus vergrößert, etwas weich, platt, ca. dem 5. Monat entsprechend. Uterus myomatosus. Wegen Blasenmole Sectio caesarea vaginalis, kein Foet mehr auffindbar. 2 Monate später wird wegen Chorionepitheliom (Probecurettage) die Hysterectomia vaginalis totalis ausgeführt.

141. J. 1920 No. 593 — s. 14 Geburtshilfliche Abteilung.

142. J. 1920 No. 815 — s. 23 Geburtshilfliche Abteilung.

143. J. 1921 No. 37/847 — S.-G. verh. (1 J.), 40 J. Primigravida. Graviditas mens. III.—IV. Anamnese: Vor 1 Jahr wurde hinter dem Uterus ein Myom von Apfelgröße festgestellt. Vor 1 Monat krampfartige Schmerzen im Unterbauch. Später Blutabgang. Das Sitzen und Gehen ist wegen der Schmerzen fast unmöglich. Status: Das Abdomen ist in den untern Partien deutlich aufgetrieben. Man fühlt dort rechts von der Mittellinie einen bis zum Nabel reichenden glatten, beweglichen, etwas empfindlichen Tumor. Die Scheide ist von vorn nach hinten komprimiert. Portio an den obern Symphysenrand angepreßt, geschlossen. Abgang von etwas bräunlichem Blut. Hinter der Portio ist das Becken eingenommen von einem gut faustgroßen, derben, ganz unbeweglichen Tumor, der bis unter die Interspinallinie reicht. Der Tumor läßt sich etwas gegen die Bauchhöhle zu schieben. Die Portio geht über in den äußerlich gefühlten Tumor. Das Rectum ist von vorn nach hinten komprimiert. Eine Reposition ist auch rectal nicht möglich. Operationsbericht: Das Myom entspringt in Höhe des innern Muttermundes von der hinteren Uteruswand mit einem kurzen, aber ziemlich breiten Stiel von ca. Kleinhandtellergröße. Dieser Stiel inseriert an einem apfelgroßen, intramuralen Myom. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis bei drohendem Abort und Myomeinklemmung.

144. J. 1921 No. 74 — H.-B. verh. (10 J.), 38 J. V. Gravida. Bisher vier Aborte im II. und III. Monat, vor 10, 9, 5, 1 Jahr. Graviditas mens. II.—III. Anamnese: Im 2. Monat leichter Blutabgang ohne Schmerzen, später stärkere Blutung, Coagula- und Kreuzschmerzen, Leibschmerzen. Jetzt auch Mictionserschwerung. Fragl. incompleter Abort. Operationsbericht: Vom rechten Fundalwinkel geht mit daumendickem Stiel ein kindskopfgroßer, kleinhöckeriger Tumor aus. Uteruswand von kleinen Myomen durchsetzt. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis bei habituellem Abort. Pathologisch-anatomischer Befund: Das Myom ist zum Teil gequollen, zeigt hyaline Umwandlung.

145. J. 1921 No. 387 — V.-B. verh. (3 J.), 30 J.
Primigravida. Graviditas tubaria dextra mit beginnender Haematocele retrouterina bei Tubarabort. Anamnese: Ende des 2. Monats traten plötzlich krampfartige Schmerzen im Unterbauch auf. Druckgefühl auf den Mastdarm. Anaemie. Nach 10 Tagen spurweise Blutung nach außen. Coagula, Fetzchen. Diese Blutung hält intermittierend längere Zeit an. Status: Abdomen links vorgewölbt. Gebiet der rechten Adnexe stark druckempfindlich mit Entlastungsschmerz. Keine Flankendämpfung. Portio leicht sinistroponiert. Hinter dem Uterus ein regelmäßiger, weicher Tumor. Therapie: Laparatomie, Salpingotomie dextra. Dabei wurde am Fundus uteri ein nußgroßes, solitäres Myom gefunden. Es wird enucleiert.

146. J. 1922 No. 246 — R.-S. verh. (1 J.), 32 J.
Primigravida. Graviditas mens. III. Anamnese: Seit 1 Jahr Gefühl von Unbehagen und Schwere im Leib. Druck auf Blase und Darm. Hie und da Brechreiz. Status: 2 Q.F. unter dem Nabel Kuppe eines median gelegenen Tumors mit glatter Oberfläche, derb, nicht druckempfindlich, der myomatöse Uterus. Portio scheint in den Tumor überzugehen. Beweglichkeit gut. Ein mehr als faustgroßer Knoten geht von der Vorderwand am Fundus aus, er mißt 16:10:9 cm, hat länglich-ovale Form. Dem Haupttumor breitbasig aufsitzend zwei subseröse Myome, das eine nach links, das andere nach rechts hin entwickelt. Ein kleinhühnereigroßer, 4:4½ cm messender, subseröser Knoten an der linken Kante tief unten. Hinter dem Uterus und links davon finden wir einen Tumor von höckeriger Oberfläche, er reicht links bis zur Pararectallinie, füllt die ganze Beckenhöhle bis zum Sacrum aus. Conglomerattumor aus teils derben, teils weichen Partien. Deutlich cystische Konsistenz an der linken Kante der Cervix. Er liegt der hintern Fläche der Cervix unmittelbar an und füllt den ganzen Douglas aus. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis wegen Kompression von Blase und Darm durch die Myomata uteri. Das Uteruscavum ist in dorsoanteriorer Richtung zusammengedrückt.

147. J. 1922 No. 624 — E.-B. verh. (21 J.), 45 J.
IV. Gravida. Bisher 3 Normalgeburten (vor 19 und 17 Jahren, vor 12 Jahren Zwillinge, Hydramnion). Schwangerschaft im I.—II. Monat. Anamnese: Allgemeines Unbehagen, Gewichtsabnahme, Stechen rechts unten im Unterleib. Status: Rechts 3 Q.F. über der Symphyse ist ein leicht höckeriger Tumor zu fühlen. Der Tumor schließt sich ziemlich dicht an den Uterus an (rechte Kante). Faustgroß, länglich, glatte Oberfläche, mäßig-derb, leicht elastisch. Es handelt sich um ein intraligamentär entwickeltes Myom bei gravidem Uterus. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

148. J. 1922 No. 691 — P.-W. verh. 36 J.
Primigravida. Seit 6 Wochen Kreuz- und Leibschmerzen. Wegen Nephropathie wird Patientin im siebten Monat durch Sectio caes.

entbunden, mit Amputatio uteri supravaginalis. Dabei werden subseröse Myome festgestellt. Kind gestorben.

149. J. 1923 No. 18/843 — s. 33 Geburtshilfliche Abteilung.

150. J. 1923 No. 396 — S.-M. verh. (22 J.), 41 J.
II. Gravida im 2. Monat. Bisher eine Normalgeburt. Anamnese: Seit Jahren Fremdkörpergefühl im Leib, keine Schmerzen. Seit der Gravidität Emesis, Kreuz- und Rückenschmerzen. Status: Portio hinter der obern Symphysenhälfte. Hinter der Portio ein faustgroßes Myom, intramural von den obern Teilen der Uterushinterwand ausgehend, diffus in den Uterus übergehend. Reicht fast bis zur Spinallinie und vorwölbt das hintere Scheidengewölbe. Corpus uteri nach vorn und rechts verdrängt. Tumor wenig beweglich, derb, glatt. Daneben ein ca. nußgroßes, gestielt von der rechten Kante ausgehendes, subseröses Myom. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

151. J. 1923 No. 648 — M.-Sch. verh. (12 J.), 35 J.
III. Gravida. Vor 9 Jahren Geburt mit Endometritis, vor 5 Jahren Abort im 4. Monat. Jetzt liegt eine Graviditas tubaria intacta vor. Anamnese: Blutabgang seit 4 Wochen. Bei jedem Menstruationstermin und kurz vorher Gefühl von Schmerzhaftigkeit und Druck im Unterleib, in der Blasengegend. Status: Gravider Uterus mit mehreren derben, bis walnußgroßen, faserigen Knoten. Uterushöhle stark verzogen. Drei Myome zeigen zum Teil lymphangiectatische Entwicklung, sicher gutartig. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis, Salpingotomia sinistra.

152. J. 1924 No. 116 — D.-K. verh. (2 J.), 38 J.
Primigravida. Abortus spontaneus mens. VI. Anamnese: Plötzliche Erkrankung nach Abort mit Kreuzschmerzen, Schüttelfrost. Status: Abdomen aufgetrieben, druckempfindlich, leichter Blutabgang. Akute septische Allgemeininfektion, ausgehend von wahrscheinlich aus eitriger Cystitis entstandener Endometritis post abortum und Verjauchung von zahlreichen Uterusmyomen, doppelseitiger abszedierender Cystopyelitis, Abszessen in den Nierenrinden beidseits, Durchbruch eines nekrotischen, vereiterten Myoms nach der Bauchhöhle mit diffuser, eitriger Peritonitis, metastatische Vereiterung zweier Kropfknoten bei Struma nodosa. Exitus letalis.

153. J. 1924 No. 511 — H.-W. verh. (11 J.), 35 J.
II. Gravida. Vor 10 Jahren Frühgeburt im 8. Monat mit fraglichem Hydramnion. Schwangerschaft befindet sich im 2.—3. Monat. Anamnese: Schmerzen im Unterleib, besonders am rechten Mac-Burney'schen Punkt, spontan und auf Druck, bestehen seit ca. 1 Woche, werden immer stärker. Kreuzschmerzen. Status beim Eintritt: Druckschmerz im Gebiet des rechten Mac-Burney und etwas weiter oben, Portio in normaler Höhe, etwas sinistroponiert. Rechts vorn, vor dem Uterus, mit der rechten Kante verbunden,

findet sich ein ca. eigroßer, länglicher, ziemlich empfindlicher Tumor mit glatter Oberfläche, teigig-weicher Konsistenz, beim Bewegen empfindlich. Therapie: Bettruhe. Befund 3 Tage später: In der Gegend des Collum rechts ein kleinkirschengroßer Knoten, ziemlich derb. Rechts vom Uterus der oben erwähnte Tumor von gleicher Größe, ziemlich derb, etwas empfindlich. Befund 8 Tage später: Rechts und vorne, dicht dem Uterus aufsitzend, ein kleineigroßer Tumor mit leicht unregelmäßiger Oberfläche, derber Konsistenz. Der Uterus geht mit bei Bewegung des Tumors. In der Gegend des Collums rechts ein kleinkirschgroßer, ziemlich derber Knoten. Gravidität geht ungestört weiter.

154 . J. 1924 No. 524 — G.-H. verh. (6 J.), 32 J.
II. Gravida. Vor 3 Jahren ein Abort im 2. Monat. Jetzt handelt es sich um einen Abortus spontaneus mens. II. febrilis bei Uterus myomatosus. Anamnese: Vor acht Tagen schwache, gestern starke genitale Blutung, jetzt auch Fieber. Beim Austritt am 10. Tag post abortum finden wir rechts an der Uterushinterwand ein kirschgroßes, subseröses Myom. Therapie: Ergotin, Spülungen, Prießnitz.

155. J. 1925 No. 583 — M.-F. verh. (22 J.), 40 J.
II. Gravida, 1 Normalgeburt. Graviditas mens. II. Anamnese: Seit 14 Tagen Kreuzkrämpfe, seit 3 Tagen Blutabgang. Status: An der Vorderwand des Uterus in Höhe des inneren Muttermundes finden wir ein kleines Myom. Therapie: Bettruhe. Gravidität erhalten.

156. J. 1925 No. 717 — P.-D. verh. (11 J.), 33 J.
Primigravida. Graviditas mens. I.—II. Anamnese: Magenschmerzen, Aufstoßen, Erbrechen. Status: Epigastrium ziemlich druckempfindlich. Der Fundus uteri steht in Nabelhöhe. Auf der linken Kante finden wir eine mandarinengroße, derbe, druckempfindliche Geschwulst. Portio weit vorne, direkt hinter und etwas links von der Symphyse. Collum gerade. Hinter der Portio, das Becken ziemlich ausfüllend, mit breitem Stiel von der hinteren Uteruswand ausgehend, die untere Kuppe fast auf Beckenboden, finden wir ein subseröses Myom, glatt, wenig beweglich, beim Bewegen ziemlich schmerzhaft. Das Rectum ist ziemlich plattgedrückt. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis. Präparat: Mehrere bis apfelgroße subseröse, intramurale, derbe Knoten an der Vorder—Hinterwand. Dazwischen der gravide weiche Uterus.

157. J. 1926 No. 945 — W. ledig, 37 J.
Primigravida. Graviditas mens. V.—VI. Anamnese: Vor 1 Woche plötzlich heftige Schmerzen in der Blasengegend, hielten anfallsweise bis heute an. Befund beim Eintritt: Auf der linken Seite des Uterus, dessen Fundus in Nabelhöhe steht, findet sich ein beweglicher, runder, ca. faustgroßer Tumor. Therapie: Bettruhe, Prieß-

nitz. Befund beim Austritt (nach 6 Tagen): Portio in normaler Höhe, Uterus fast in Nabelhöhe. Das Myom der hintern Uteruskante ist nicht erreichbar. Gravidität erhalten.

158. J. 1927 No. 88 — K.-L. verh. (13 J.), 32 J.
III. Gravida. Graviditas mens. III. Normalgeburt vor 13 Jahren. Steißlage vor 10 Jahren. Anamnese: Leichter Blutabgang. Befund: Links setzt sich an das Corpus uteri ein ca. eigroßer, platter, ziemlich derber Körper an. Graviditas nicht sicher. Therapie: Prießnitz, Bettruhe.

159. J. 1927 No. 219 — M.-L. verh. (18 J.), 39 J.
Primigravida. Graviditas mens. III. Anamnese: Seit Ausbleiben der Menses (2 Monate) Schmerzen im Unterleib, speziell links. Befund: Portio sinistroponiert, anteponiert, in normaler Höhe. Bis zum Proc. xiphoides reichender Tumor von prallelastischer Konsistenz, nur wenig beweglich, dabei nicht schmerzhaft, keine Flankendämpfung. In der Vorderwand des Uterus ein kirschsteingroßes Myom. Rechts neben dem Uterus, ziemlich breit an die rechte Kante angeschlossen, von der rechten hinteren Wand entspringend, ragt ein ca. faustgroßer, derber, wenig beweglicher Tumor tief ins Becken. Er hat glatte Oberfläche, scheinbar losen Zusammenhang mit dem Uterus. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

160. J. 1927 No. 603 — K.-S. verh. (1 J.), 36 J.
II. Gravida. Dieses Jahr Abort mens. II. Graviditas mens. II. Anamnese: Vor 6 Monaten Abort im 2. Monat. In der Folge dauernde Blutung. Der Arzt stellte zwei Gebärmuttergeschwülste fest. In der jetzigen Gravidität sind die Geschwülste deutlich gewachsen. Stuhlbeschwerden. Befund : Rechts im Unterbauch eine faustgroße Vorwölbung, kugelig, hart, sehr leicht verschiebbar, vollständig unempfindlich. Der Uterus reicht 2 Q. F. über die Symphyse, weich. Über dem Uterus ein kleinerer, höckeriger Tumor, weniger verschieblich. Links vom Uterus und etwas vor demselben spürt man einen kleinfaustgroßen, höckerigen, harten, unregelmäßigen Tumor, breit mit dem Uterus verbunden. Ein zweiter Knoten, median, höckerig, hühnereigroß, sehr beweglich. Mehrere Myomkeime subserös und intramural. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

161. J. 1927 No. 725 — S.-Sch. verh. (1 J.), 41 J.
Primigravida. Graviditas mens. III. Anamnese: Patientin fällt die Zunahme des Leibes auf, klagt über erschwerte Miction und Obstipation. Der Arzt stellte Gebärmuttergeschwülste fest. Befund: Das Abdomen ist meteoristisch aufgetrieben. Im Unterleib, knapp bis zur Mitte Nabel—Symphyse reichend, findet sich ein harter, kugeliger Tumor. Urethralwulst stark vorgetrieben, hyperaemisch. Portio dicht hinter der Symphysenmitte, der Uterus

liegt nach links herüber. An der Uterushinterwand mehrere kirschstein- bis haselnußgroße Myome. Der Haupttumor geht aus von der Hinterwand mit kleinfingerdickem Stiel, welcher etwas hinter dem Fundus inseriert, und reicht in den Douglas. Höckerige Oberfläche, derb, wenig beweglich, nicht besonders empfindlich. Der retrouterine Tumor ist ca. faustgroß und ragt rechts von der Uteruskuppe 3—4 Q.F. über die Symphyse. Nußgroßes, subseröses, kurzgestieltes Myom, inseriert etwas hinter der Fundusmitte. Der große Knoten hinter dem Uterus ist eingeklemmt. Therapie: Myomectomie der beiden großen Myome. Sie zeigen hyaline Degeneration. 10 Tage post operationem wurde das abgestorbene Ei ausgestoßen. Curettage.

162. J. 1928 No. 37/964 — Z.-N. verh. (23 J.), 44 J.
VI. Gravida. Graviditas mens. II. Bisher 4 Spontangeburten (vor 22, 12, 18, 8 Jahren), Abort im 7. Monat (vor 20 Jahren). Anamnese: Seit ½ Jahr Schmerzen im Unterleib, Zunahme des Leibumfanges. Vor 14 Tagen stellte Patientin etwas Hartes im Leibe fest. Befund: Collum geht in den Tumor über. Corpus uteri bis 3 Q.F. unter Nabel. Antecervicales Myom, Uterus links darüber. Das Myom ist stielartig mit dem Collum verbunden, geht von den untern Partien des Corpus, den obern Teilen des Collums aus. Kopfgroßer Tumor. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

163. J. 1928 No. 163 — s. 77 Geburtshilfliche Abteilung.

164. J. 1928 No. 645 — s. 83 Geburtshilfliche Abteilung.

165. J. 1928 No. 790 — B.-F. verh. 43 J.
III. Gravida. Graviditas mens. III.—IV. Bisher 2 Spontangeburten. Anamnese: Vor 3 Wochen unbestimmtes Druckgefühl im Leib. Damals wurde ärztlich ein Tumor festgestellt. Befund: Portio hoch, anteponiert, Collum gerade, geht in den Tumor über. Der myomatöse, gravide Uterus ist kopfgroß, mit mehreren Buckeln besetzt, gut beweglich, ziemlich hart, nicht schmerzhaft, reicht bis 2 Q.F. über Nabel. Der größte Knollen links ist eigroß. Differenzierung des Corpus ist unmöglich. Nach einigen Tagen treten Bauchkrämpfe auf, der Tumor wird etwas empfindlich. Spontanabort. Postpartal wird der Tumor wieder unempfindlich, deutlich kleiner. Am 16. Tag reicht der myomatöse Uterus nicht mehr ganz bis Nabelhöhe.

166. J. 1928 No. 803 — W.-S. verh. (18 J.), 41 J.
II. Gravida. Graviditas mens. V. Vor 17 Jahren Spontangeburt. Anamnese: Im 2.—3. Monat der Gravidität wurde ein Cervixpolyp entfernt. Im 3. Monat wurden an der Uterushinterwand, nahe am Collum, einige Myomknötchen festgestellt. Bald darauf traten im Bauch Schmerzen auf, bei der Miction, beim Sitzen und Gehen. Erst erschwerte Miction, später Incontinentia urinae. Befund: Portio leicht dextroponiert. In der Mittellinie des graviden Uterus

liegen zwei kirschengroße Myome. Rechts ein kleineigroßes Myom, subserös, breitgestielt, 4 cm über Uterusniveau. Lateral davon an der rechten Kante, dicht unter dem Adnexansatz, eine flache, ca. orangengroße, intramural-intraligamentär entwickelte Geschwulst, derb, sehr empfindlich. Taubeneigroßer, subseröser Tumor in der Mittellinie, flach, in mittlerer Corpushöhe. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

167. J. 1929 No. 54/1024 — M.-S. verh. (15 J.), 35 J. Primigravida. Graviditas tubaria sinistra. Anamnese: Seit 1 Jahr Schmerzen im ganzen Unterleib, in letzter Zeit verstärkt. Seit 26 Tagen steter Blutabgang. Befund: Portio dexproponiert, an der linken Tube taubeneigroßer Tumor, Corpus uteri in starker Anteflexion, groß, der 8. Woche entsprechend. Kleinnußgroßes Myom in der Uterussubstanz. Myomkeime in der Vorderwand. Bohnengroßer Schleimhautpolyp im Fundus. Therapie: Defundatio uteri. Salpingectomia sinistra.

168. J. 1929 No. 219 — J.-A. verh. (1 J.), 23 J. Primigravida. Graviditas mens. V. Anamnese: Seit 4 Tagen starke stechende Schmerzen im rechten Unterbauch, z. T. sehr heftig, ziehen gegen die Blase. Befund: Uterus reicht bis Nabelhöhe. Neben dem Uterus, direkt über dem rechten Inguinalband, ein rundlicher, ca. taubeneigroßer, derber, sehr empfindlicher Tumor, ein subseröses Myom mit 2-Fr.-Stück großem Stiel. Es ist rotblau als Zeichen starker circulatorischer Störungen. Therapie: Myomectomie. Gravidität geht ungestört weiter.

169. J. 1929 No. 256 — Sch.-S. verh. (5 J.), 30 J. III. Gravida. Graviditas mens. II.—III. Vor 3 Jahren 2 mal Abort im 3. Monat. Anamnese: Seit 6 Wochen stets wechselnd, starke Blutung. Oft Kreuzschmerzen, Krämpfe. Befund: Kindskopfgroße Geschwulst, an deren Kuppe sich der Uterusfundus befindet, reicht bis 2 Q.F. unter Nabelhöhe. Das Myom sitzt unterhalb der Kuppe, ca. in der Mittellinie. Es geht rechts vorne von der Uteruswand aus, ist mandarinengroß, sitzt intramural. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

170. J. 1929 No. 257 — V.-Sch. verh. (2 J.), 26 J. Primigravida. Graviditas mens. III.—IV. Anamnese: Seit dem 2. Monat leichter Blutabgang. Ziehende Schmerzen im ganzen Unterbauch. Befund: Beim Eintritt leichte Druckschmerzen, im rechten Unterbauch, Tumor nicht nachweisbar. 6 Tage später: Uterus nach links herüberliegend. Von ihm nicht deutlich zu unterscheiden ist die rechte Seite des Tumors, die auffallend weicher ist als die linke Seite. 6 Tage später: Nach links hin deutliche Ausladung des Uterus, in ihrem äußersten Rand etwas vermehrte Konsistenz. 10 Tage später: Ausladung nach links geringer. Ohne spezielle Therapie entlassen. Gravidität geht weiter, keine Blutung, kein Fieber.

171. J. 1929 No. 921 — B. ledig, 42 J.
III. Gravida. Graviditas mens. III. Vor 5 Jahren normale Geburt, vor 3 Jahren Zwillinge im 7. Monat (1 †). Anamnese: Seit 2 Monaten Brennen im Leib, seit 3 Tagen Blutabgang. Befund: Portio in normaler Höhe. Das Collum geht direkt über in einen kleinkindskopfgroßen, unregelmäßigen Tumor. Dessen rechte Hälfte ist faustgroß, weich (Uterus), die linke kleiner, etwas fester (doch noch weich für Myom). Deutliche, trennende Furche. Keine Therapie. Austritt. Gravidität geht ungestört weiter.

172. J. 1929 No. 1028 — B. ledig, 32 J.
Primigravida. Graviditas mens. III. Aus psychiatrischer Indikation Sellheim. Das dabei gefundene subseröse Myom (mandelgroß an der Uterusvorderwand) wird durch Myomectomie entfernt.

173. J. 1930 No. 76 — A. ledig, 32 J.
III. Gravida. Mit Abortus incompletus. Vor 12 Jahren Spontangeburt, dann Forceps vor 9, Abortus arteficialis vor 1 Jahr. Pat. hat seit der Curettage vor einiger Zeit dauernd leichte Blutung. Befund: Der Uterus liegt in Anteflexion, groß, plump, Gegend der rechten Uteruskante, etwas derber als links. Therapie: Bettruhe, Ergotin.

174. J. 1930 No. 304 — B.-Z. verh. (9 J.), 32 J.
II. Gravida. Graviditas tubaria sinistra (beg. Tubarabort). Vor 8 Jahren Normalgeburt. Anamnese: Seit einiger Zeit Blutung und Krämpfe. Befund: Die linke Inguinalgegend und die Blasengegend ist leicht druckempfindlich. An der Vorderwand des Uterus findet sich ein ca. kirschgroßer, derber, kurz und schmal gestielter polypöser Tumor. Therapie: Myomectomie (Salpingotomie).

175. J. 1930 No. 592 — F.-Z. verh. (8 J.), 30 J.
IV. Gravida. Missed abortion (letzte Periode vor 5 Monaten). Steißlage vor 8, Blasenmale vor 5, normale Geburt vor 4 Jahren. Anamnese: Blutabgang seit einigen Wochen. Befund: Links im Fundalwinkel eine eigroße Ausladung von gleicher Konsistenz wie der Uterus (Myoma uteri).

176. J. 1930 No. 949 — Sch.-S. verh. (2 J.), 30 J.
Primigravida. Graviditas mens. IV.—V. Anamnese: Frühere Anamnese und Familienanamnese o. B. Menstruation mit 14 Jahren, unregelmäßig, 4½—5wöchentlich, 5—8tägig, Blutverlust stark zeitweise mit Coagula. Vor 4 Wochen Abgang eines größeren Blutcoagulums, seither ständig etwas Blutabgang. Stuhl regelmäßig. Hglb. beim Eintritt: 54 %. Beim Eintritt gute Wehen, verstärkter Blutabgang. Coagula. Spontane Ausstoßung des 18 cm langen Foetus. Starke Blutung. Auf 1 ccm Pituglandol erscheint die fast handflächengroße Placenta, der Uterus steht am Nabel, weiterhin starke Blutung, Coagula. Die vaginale Exploration ergibt das Vorhandensein eins submucösen Myoms. Ex-

spektative Therapie, Eisblase, Ergotin. — Am nächsten Tag wird Patientin auf die gynäkologische Abteilung verlegt. Ziemlich starke Blutung. Temperatur 39°, Puls 136. Senkung 10 mm. Leucocyten 24 200, Hglb. 38/70. Mattes Aussehen, Allgemeinzustand sehr reduziert. Uterus nicht druckempfindlich. Collaps. Man vermutet Myomnekrose und hält sofortige Operation für indiziert. Amputatio uteri supravaginalis mit extraperitonealer Stumpfversorgung nach Porro. Der faustgroße Uterus ist auffallend weich, sehr morsch. Der extraperitoneal eingenähte Uterus wird mit den Kanten abgetragen. Der abgetragene Uterus zeigt, von der Hinterwand ausgehend, einen großen Myomknoten, der 10:8:8 cm mißt und dessen Zentrum nekrotisch ist. Postoperativer Zustand ordentlich. Geheilt 2 Monate post operationem ausgetreten.

177. J. 1931 No. 240 — P.-W. verh. (11 J.), 41 J.
Primigravida. Graviditas mens. IV.—V. Anamnese: Größerwerden des Leibes, Harndrang, Pollakisurie. Im 4. Monat 4tägige starke Blutung. Nach einer Pause leichte Blutung bis heute. Befund: Kopfgroßer, harter, knolliger Tumor, gut beweglich, obere Kuppe in Nabelhöhe. Nicht druckempfindlich. Untere Partie deutlich weicher. An der Uterusvorderwand mehrere kleine Myome. Auf der rechten Kante ein eigroßes subseröses Myom, gegen die Mediane zu ein haselnußgroßer Knoten. Ein nußgroßes Myom hinter dem Ansatz der linken Adnexe. Der Haupttumor setzt an der Hinterwand mit einem 2-Fr.-Stück großen Stiel an, mißt 17:12:11 cm und zerfällt links neben der Mittellinie durch einen Sattel in zwei Teile. Er überragt den Uterus. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

178. J. 1931 No. 296 — K.-O. verh. (12 J.), 37 J.
VI. Gravida. Graviditas mens. II.—III. Spontangeburt vor 12, Fehlgeburten vor 8 und 7, Frühgeburten mens. VIII vor 5 und 3 Jahren. Anamnese: Leichter Blutabgang im II. Monat, seit zwei Wochen nicht mehr. Zunahme des Leibumfanges. Befund: Wir finden im Leib eine kindskopfgroße, massige, weiche Geschwulst, obere Kuppe am Nabel. Unempfindlich. Die linke Partie ist derber als die rechte. Portio leicht sinistroponiert, Cervix dextrovertiert, geht in die Geschwulst über. Zwischen den zwei Partien deutliche Einsattelung. Die linke Kante ist oben durch ein über faustgroßes Myom verdickt, an dessen äußerem Rand die Adnexe inserieren. Rechts finden wir den graviden Uterus mit dem Cavum uteri. Therapie: Amputatio uteri supravaginalis.

179. J. 1931 No. 329 — M.-W. verh. (6 J.), 35 J.
Primigravida. Graviditas mens. II.—III. Anamnese: Vor 10 Jahren wurde an der Gebärmutter eine haselnußgroße Geschwulst festgestellt. Vor einem Jahr war sie nußgroß. Bisher keine Beschwerden. In der jetzigen Schwangerschaft ist das Myom stark gewachsen. Befund: Rechts von der Mittellinie im Unterbauch,

dem rechten Fundalwinkel in einem kleinhandtellergroßen Bereich breit aufsitzend, finden wir einen faustgroßen, rundlich länglichen Tumor von glatter Oberfläche. Der Tumor ist sehr beweglich. Außer dem Haupttumor finden wir multipe kleine Myome an Vorder- und Hinterwand. Ein mandelgroßes, gestieltes, subseröses Myom hinten tief unten im Douglas. Ein kleines Myom in Cervixhöhe. Therapie: Amputatio uteri alta. Ausschälung des im Douglas gelegenen Myoms. Enucleation eines intramuralen Myoms aus dem Uterusstumpf.

180. J. 1931 No. 607 — Sch.-M. verh. (9 J.), 35 J.
III. Gravida. Graviditas tubaria interstitialis sinistra rupta. Normalgeburt vor 8, Abort mens. II. vor 4 Jahren. Anamnese: In der 5. Woche plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib. Anaemie. Befund bei der Laparatomie: An der Uterushinterwand findet sich ein ca. haselnußgroßes, subseröses Myom, vor dem linken Tubenwinkel. Therapie: Salpingotomie sinistra.

181. J. 1931 No. 909 — S.-B. verh. (8 J.), 33 J.
Primigravida. Graviditas mens. V. Anamnese: Im 1. Monat wurde links vom Uterus eine kleinfaustgroße Geschwulst festgestellt. Seit 8 Tagen Krämpfe im Unterbauch links, steter dumpfer Schmerz. Pollakisurie. Befund: Uterus fast in Nabelhöhe, nach rechts verschoben. Die linke Hälfte des kleinen Beckens bis zur Höhe des äußeren Muttermundes ist ausgefüllt durch einen fast kleinkindskopfgroßen Tumor. Obere Kuppe handbreit unter Nabel, geht nach außen bis zur Spina, ist prallelastisch, glatt, beweglich, unempfindlich. Scheint in den Uterus überzugehen. Therapie ad observationem.

182. J. 1931 No. 912 — s. 110 Geburtshilfliche Abteilung.

183. J. 1932 No. 494 — L.-B. verh. (12 J.), 33 J.
IV. Gravida. Bisher Zange vor 10, manuelle Placentarlösung vor 7, Fehlgeburt im 6. Monat mit partieller Placentaretention vor 5 Jahren. Anamnese: Kreuzschmerzen, Bauchschmerzen nach der Miction. Befund: Rechts neben dem Collum ein zitronengroßer, derber, rundlicher, leicht unregelmäßiger Tumor in Zusammenhang mit dem Collum, nicht ganz frei beweglich, bei stärkerem Druck etwas empfindlich. Therapie: Nihil.

184. J. 1932 No. 1032 — M.-F. verh. (10 J.), 36 J.
Primigravida. Graviditas tubaria dextra (Tubarabort, Haematacele retrouterina). Anamnese: Seit 1 Monat leichter Blutabgang, Schmerzen im Unterbauch. Befund: Äußerlich ist der myomatöse Uterus gut fühlbar, kugelig, kindskopfgroß, vollkommen frei, prallelastisch, glatt, Cavum uteri plattgedrückt. Das Myom geht hauptsächlich von der Hinterwand aus, es ist auf Schnitt grauweißgelblich mißfarben, teilweise verflüssigt, und völlig nekrotisch. Therapie: Salpingoophorectomia dextra. Amputatio uteri supravaginalis.

185. J. 1932 No. 1093 — s. 126 Geburtshilfliche Abteilung.

186. J. 1933 No. 100 — L.-N. verh. (12 J.), 36 J. Primigravida. Graviditas tubaria dextra rupta bei einer Gravidität des 2.—3. Monats. Bei der Laparatomie und Salpingotomia dextra wurde folgender Befund erhoben: Gut nußgroßer Knoten an der hintern, untern Uteruswand. Subseröser Knoten rechts.

187. J. 1933 No. 300 — M.-F. verh. (11 J.), 36 J. II. Gravida. Graviditas tubaria sinistra rupta bei Gravidität des 2. Monats. Vor 7 Jahren im Spital wegen Tubarabort rechts (damals wurde bei der Operation kein Myoma uteri gefunden). Befund bei der Laparatomie (Salpingotomia sinistra): Der Uterus ist klein, ziemlich derb, anteflektiert, trägt am Fundus ein kleinnußgroßes, gestieltes, derbes, subseröses Myom. Myomectomie: Keilförmige Excision des Fundusmyoms, 3 Catgutkopfnähte.

188. J. 1933 No. 307 — W.-B. verh. (17 J.) , 38 J. II. Gravida. Gravidität mens. II. Vor 18 Jahren Normalgeburt. Das Myom wurde durch Zufall bei der Graviditätsdiagnose erkannt. Befund: Der kindskopfgroße Uterus reicht bis über Nabelhöhe. An der rechten oberen Kante finden wir einen apfelgroßen Knoten, weit unten hinten am Collum multiple, kleine Myome. Therapie: Amputatio uteri gravidi supravaginalis.

189. J. 1933 No. 464 — Sch.-W. verh. (4 J.), 37 J. Primigravida. Abortus incompletus mens. III. Patientin klagt über Krämpfe im Unterleib und Blutabgang. Befund: Corpus entsprechend der 10. Woche, liegt nach rechts hinüber, trägt in der Gegend des rechten Fundalwinkels ein ca. kleintaubeneigroßes Myom. Beim Austritt: Uterus normalgroß, platt, derb. An der rechten Kante ein platter, derber, taubeneigroßer Knoten. Therapie: Eisblase, Pituglandol. Curettage.

190. J. 1933 No. 816 — R.-N. verh. 37 J. IV. Gravida. Graviditas tubaria dextra. Spontangeburten vor 12 und 11 Jahren, 1 Abort im 2. Monat (Curettage). Anamnese: Vor 6 Wochen Schmerzen im rechten Unterbauch, Erbrechen, starker Blutabgang. Befund: Am reflektierten Uterus wurden bei der Laparatomie (Salpingotomia dextra) 3 oberflächliche, subseröse Myome festgestellt. Myomectomie der 3 Myome.

191. J. 1933 No. 865 — Sch.-G. verh. (1 J.), 30 J. Primigravida. Graviditas mens. III. Anamnese: Seit 3 Wochen Blutabgang, Übelkeit, Brechreiz. Befund: Der kindskopfgroße, derbe Uterus trägt an der linken Kante ein kurzes, fingerdickes, gestieltes Myom im Gebiet des linken Fundalwinkels. Der gravide Uterus ist aus verschiedenen Myomen zusammengesetzt, der kopfgroße Knoten ist faserig-weiß, sehr gut abgegrenzt. Therapie: Amputatio uteri gravidi supravaginalis.

192. J. 1933 No. 1149 — S.-B. verh. (5 J.), 33 J.
III. Gravida. Totgeburt vor 5, Zange hier letztes Jahr. Es handelt sich um eine Gravidität im 5. Monat bei fraglichem Uterus myomatosus. Patientin klagt über Blutabgang. Schwäche, Brechreiz. Patientin wird schmerzfrei entlassen. Gravidität ungestört.

193. J. 1933 No. 1280 — B.-G. verh. (8 J.), 35 J.
Primigravida. Graviditas mens. III.—IV. Anamnese: Seit einigen Tagen Krämpfe im ganzen Unterleib, jetzt außerdem leichter Blutabgang. Befund: Abdomen weich, unempfindlich. Man fühlt den vergrößerten Uterus und den links davon stehenden Tumor. Dieser ist faustgroß und breit mit dem Uterus verbunden. Kein Erguß. Keine Fluktuation. Portio stark dextroponiert, fast an der seitlichen Beckenwand, leicht aufgelockert. Geht über in den äußerlich gefühlten Tumor. Dessen rechte Hälfte scheint weicher zu sein als die linke. Leichter Absatz zwischen den beiden Partien. Der gesunde Uterus bildet, wie die Operation ergab, den rechten und obern Teil der Tumormasse. Links und unten findet sich das ca. kindskopfgroße, harte, wenig bewegliche Myom. Es handelt sich um ein intraligamentär und subperitoneal im linken Parametrium entwickeltes Myom. Therapie: Amputatio uteri gravidi supravaginalis.

Anschließend werden wir nun auf die maßgebenden Punkte in den gegenseitigen Beziehungen Myom einerseits, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett andererseits eingehen, unter Berücksichtigung der neueren Literatur. Gleichzeitig werden wir, soweit dies angängig ist, unsere Ergebnisse in Vergleich setzen zu den von anderer Seite mitgeteilten Ansichten und Resultaten.

Über den Umfang der in Frage stehenden Komplikationen orientieren zahlreiche statistische Arbeiten, die Ergebnisse liegen aber relativ weit auseinander. *Bublitschenko* (25) fand Myome in 0,17 % aller Normal-Früh-Fehlgeburten und 0,2 % aller Normal-Frühgeburten, *Morger* (124) in 0,26 % aller Geburten, *Köster* (98) in 0,25 %, *Mayer A.* (121) in 0,2 %. In der Schwangerschaft wurden Myome gefunden von *v. Büben* (27) in 0,2 %, *Benner* (15) in 1 %, *Albrecht* (3) in 1 %, *Fervers C.* (50) in 0,7 %, *Pierson R. N.* (137) in 0,8, *Watson* (B. P.) in 1,3 %.

Wir selbst fanden bei 26 301 Eintritten auf die geburtshilfliche Abteilung zu 134 Malen Hinweise auf das Vorhandensein von Myomen (d. h. in 0,51 %), doch möchte ich diesem Ergebnis der Unsicherheit der Myomfeststellung wegen keinen allzu großen Wert beilegen.

Altersverhältnis der Myompatientinnen.

Nach *Albrecht* (3) finden wir die Blütezeit der Myome fast 2 Jahrzehnte später als den Höhepunkt der Fertilitätskurve. Nach dem 35. Lebensjahr sind ca. 20 % aller Frauen mit Myomen behaftet, maximale Myomfrequenz im 5. Dezennium. Keine Myome vor der Pubertät, steiler Abfall der Myomfrequenz nach der Menopause. Komplementäres Verhalten der Fruchtbarkeitskurve und Myomkurve im Wachstum der Uterusmuskulatur. *Bublitschenko* (25) führt 74 Myomfälle an, die sich folgend verteilen:

Bis zum 25. Lebensjahr:	9	
25.—30. Lebensjahr:	21	
31.—35. Lebensjahr:	24	
36.—40. Lebensjahr:	13	**20—27 % nach dem 35. Lebensjahr.**
über 40. Lebensjahr:	7	

Nach *Benner* (15) sind 61,3 % über 35 Jahre alt. *Morgers* (124) Statistik von 58 Fällen zeigt vor dem 20. Jahr: 0, 20.—30. Jahr: 5, 30.—40. Jahr: 39, 40.—50. Jahr: 14 Myompatienten, also eine ausgesprochene Bevorzugung des 30.—50. Lebensjahres.

Überblicken wir unser Material (193 Myomträgerinnen), so können wir feststellen:

zwischen dem	20.—25. Lebensjahr:	2	
	26.—30. Lebensjahr:	22	
	31.—35. Lebensjahr:	69	
	36.—40. Lebensjahr:	69	100.
	41.—45. Lebensjahr:	27	
	46.—50. Lebensjahr:	4	

Die meisten Kranken finden wir also zwischen dem 26.—45., speziell zwischen dem 31.—40. Altersjahr (71,5 %). Nach dem 35. Jahr finden wir in unserem Material 100 = 51,3 %.

Von größter Bedeutung ist die Beziehung Myom und Fruchtbarkeit.

Fußend auf den von *Bayle* (1813) aufgestellten Behauptungen: Die Ledige (Virgo intacta) ist zur Myombildung mehr disponiert als die Verheiratete und die Nulliparen, resp. Erst—Zweit-Gebärenden sind mehr disponiert als die Vielgebärenden unter den Verheirateten, setzte ein längerer Streit ein, der durch *Hindermann* (78) durch Widerlegung obiger Thesen beendet wurde. *Hindermann* stellte fest:

1. Die Teilverhältnisse zwischen Ledigen und Verheirateten unter den Myompatienten geben lediglich die Verhältnisse der Gesamtbevölkerung wieder.
2. Auch aus dem Gesamtverhältnis der Ledigen zu den Verheirateten folgt, daß eine Praedisposition Lediger zur Myombildung entschieden in Abrede zu stellen ist.
3. Die Art der Verteilung der Nulliparen, Erst—Zweit-Gebärenden usw. ist also bei den verheirateten Frauen der Gesamtbevölkerung und bei den verheirateten Myompatientinnen dieselbe.
4. Die Kinderlosen, Erst- und Zweit-Gebärenden unter den Verheirateten sind der Myombildung nicht mehr ausgesetzt als die Kinderreichen.

Daraus folgt, daß Zivilstand und Kinderzahl der Frauen für die Aetiologie der Uterusmyome ohne jede Bedeutung sind.

Setzen wir das Alter unserer Myompatientinnen in Vergleich zur Schwangerschaftszahl, so finden wir:

I. Gravide:	103 Fälle,	Durchschnittsalter:	34,9 Jahre
II. Gravide:	42 Fälle,	Durchschnittsalter:	36,5 Jahre
III. Gravide:	24 Fälle,	Durchschnittsalter:	36,7 Jahre
IV. Gravide:	11 Fälle,	Durchschnittsalter:	37 Jahre
V. Gravide:	4 Fälle,	Durchschnittsalter:	38,3 Jahre
VI. Gravide:	3 Fälle,	Durchschnittsalter:	38,25 Jahre
VII. Gravide:	2 Fälle,	Durchschnittsalter:	41,25 Jahre
VIII. Gravide:	1 Fall ,	Durchschnittsalter:	41 Jahre
IX. Gravide:	2 Fälle,	Durchschnittsalter:	41,5 Jahre
X. Gravide:	—		
XI. Gravide:	—		
XII. Gravide:	1 Fall ,	Durchschnittsalter:	46 Jahre.

Ebenso wird von *Hofmeier* (84) und *Albrecht* (3) eine causale Beziehung zwischen Myomentstehung und Cohabitation resp. Conception abgelehnt. Nach letzterem entspricht dem Verhältnis der verheirateten zu den unverheirateten Myomkranken (= 1,5 : 1) dem Verhältnis beider Stände in der Gesamtbevölkerung (=1,4:1).

Von unseren Myomkranken sind fast alle verheiratet (185 von 193), da hier nur Frauen in Betracht kommen, die mindestens einmal konzipiert haben.

Während also ein aetiologischer Einfluß des Zivilstandes und der Kinderzahl für die Myomentstehung nicht in Betracht kommt, ist umgekehrt ein Einfluß der Myome des Uterus auf die Fertilität nicht unbedingt zu bestreiten. Während in früherer Zeit das Myoma uteri ganz allgemein als Konzeptionshindernis angesehen wurde, haben sich in neuerer Zeit andere Anschauungen herausgebildet. Daß Myomkranke häufiger steril verheiratet sind als gesunde Frauen (11 %), vertritt *Albrecht* (3) mit 20—25 %, *Grünewaldt* (68) mit 21 % (bis zum 35. Jahr), *Hofmeier* (84) mit 25 %, *Terada* (182) mit 39 %, *Morger* (124) mit 14,8 %, im Durchschnitt mit 25 %. Daß das Myom als solches oft Ursache der herabgesetzten Fertilität sein kann, betonen *Benner* (15), *Küstner* (101) speziell für das primär submucöse Myom, *Marjancik* (117) auch für intramurale Knoten mit sekundär submucöser Entwicklung, *Pollak* (139). Andererseits sieht *Albrecht* (3) die Fertilitätsverminderung

nicht als integrierenden Bestandteil der Myomatose an, ev. gleiche Grundursache (konstitutionell oder erworben), besondere topographische oder Wachstumsverhältnisse. Auch *Lynch* (111) erklärt die Sterilität bei Myomen durch einen kongenitalen Faktor. Zum Schluß sei auch noch auf die Versuche von *Uchigaki* (186) hingewiesen, der Kaninchen mit Myomextrakten zu 100 %, mit Uterusextrakten zu 50% steril machte, Versuche, die auf einen toxischen Myomeinfluß hindeuten.

Nach diesen einleitenden Worten gehen wir nun zu den eigentlichen Fragestellungen unserer Arbeit über.

Einfluß der Gravidität auf das Myom.

Lageveränderungen der Myome.

Wir finden im Laufe der Schwangerschaft deutliche Lageveränderungen der Myome. Sie sind abhängig von deren Sitz und der dadurch bedingten Teilnahme an der Größenzunahme und Ortsveränderung des zugehörigen Uterusabschnittes. Die Lageveränderungen der Myome erfolgen im Verhältnis zum Beckenraum, Bauchraum und zur Uteruswand. Sie sind bedingt durch die retrahierende Wirkung der Uteruskontraktion. Außerdem läßt sich ein subseröses, intraperitoneales Vordringen intramuraler Myome infolge des vermehrten Inhaltsdruckes feststellen.

Während meist nur indirekt auf diese Lageveränderung hingewiesen wird in unseren Fällen, zeigt der Fall 86, wo ein im Beckeneingang befindlicher apfelgroßer Tumor nach dem 7. Monat dort nicht mehr nachweisbar war, dieses Phänomen der Lageveränderung sehr deutlich.

In der Literatur finden wir Hinweise bei *Albrecht* (3), *Börner* (21), der speziell die Technik der Myomwanderung im graviden Uterus behandelte (direkte Proportion zwischen der Drucksteigerung (Wandspannung) und dem Grad der Ortsveränderung), *Engelhard* (47), *Hoehne* (81), *Ottow* (144), *Sellheim* (167), *Stolz* (171).

Geschwulstwachstum.

Es ist sehr verschieden, entsprechend den jeweiligen Zufälligkeiten der Steigerung oder Verminderung der Ernährungsbedingungen für das Myom im wachsenden, graviden Uterus. Wichtig

ist auch das Wissen um das Auftreten sog. Pseudomyome als Ausdruck isolierter Kontraktionszustände, die Größenzunahme in der Gravidität durch oedematöse Durchtränkung, selten Cystenbildung. Dagegen ist ein gesteigertes, echt geschwulstmäßiges Wachstum in der Schwangerschaft seltener. Umgekehrt finden wir ein Verschwinden der Myome oft allein durch Formveränderung derselben. Bei der Durchsicht unseres Materials stoßen wir auch auf diesbezügliche Angaben. So in den Fällen No. 9 (intramurales Myom, nußgroß im 4. Monat, eigroß am Termin), 13 (subseröser, faustgroßer Knoten), 14 (multiple Myome), 34 (kindskopfgroßes, subserös-interstitielles Myom), 61, 77 (eigroßes, subseröses Myom in der 6. Woche, zitronengroß im 3. Monat, breitbasig aufsitzend unter der Geburt), 86 (multiple Knoten), 97 (gut eigroßes, subseröses Myom im 4.—5. Monat, gut orangengroß am Termin), 125 (kleines Fundusmyom), 143 (vor 1 Jahr wurde hinter dem Uterus ein apfelgroßes Myom festgestellt. Im 3.—4. Monat war der das kleine Becken ausfüllende Knoten gut faustgroß und inserierte mit einem kurzen, ca. kleinhandtellergroßen Stiel in Höhe des inneren Muttermundes an der Uterushinterwand über einem apfelgroßen, intramuralen Myom), 160 (deutliches Geschwulstwachstum im Laufe der Gravidität, mehrere subseröse und intramurale Knoten), 179 (vor 10 Jahren wurde eine haselnußgroße Geschwulst festgestellt, sie war nußgroß vor 1 Jahr, jetzt im 2.—3. Monat faustgroß und breit aufsitzend; multiple, kleinere Knoten).

Auch zu diesem Fragenkomplex finden wir in der Literatur zahlreiche Angaben, so bei *Abel* (1), *Albrecht* (3), *v. Büben* (27) weist auf die Hyperaemie und Hyperplasie der Myome in der Gravidität hin, *Engelhard* (47), *Hoehne* (81), *Hofmeier* (84), *Küstner* (101) betont die Möglichkeit einer Zerreißung der nach der Bauchhöhle zu gelegenen Kapsellagen, dabei ev. Gefäßzerreissung und intraperitoneale Blutung, *Stolz* (171) u. a.

Ernährungsstörungen der Myome.

Diese sind in der Schwangerschaft von großer Bedeutung, wenn sie auch nie dieselbe Ausdehnung wie im Wochenbett erreichen. Sie sind vornehmlich durch Gefäßalterationen bedingt. Das vermehrte Wachstum und der erhöhte Inhaltsdruck des graviden Uterus können durch mechanische Einengung, Abknickung, Kompression oder Verschiebung des das Myom versorgenden Ge-

fäßes zu der nicht seltenen partiellen oder totalen Nekrose des Knotens führen. Nach *Albrecht* (3) finden wir dies speziell bei großen Corpustumoren. Wieweit toxische und infektiöse Momente mitspielen, erscheint noch unklar. Neben der Nekrose im engeren Sinne finden wir auch Vereiterung und Verfettung der Myome in der Schwangerschaft, seltener Verkalkung.

Barthélemy (10) weist darauf hin, daß wir Koagulationsnekrosen von Myomen in der Gravidität häufiger in höherem Alter (30.—40. Lebensjahr) und speziell bei Primiparen antreffen. Auch *Zanela* (199) stellte ein gehäuftes Vorkommen bei alten Erstgebärenden fest. Weiterhin gibt er als Prozentsatz der Nekrosen an 23,6 % in der Schwangerschaft, 13,7 % außerhalb derselben.

Wir finden in unseren 193 Fällen 34 mal Hinweise auf Ernährungsstörungen, d. h. in 17,6 %. Im Einzelnen verteilen sich diese Ernährungsstörungen auf cystische Erweichung in No. 9, 28, 37, 136, 151, sanguinolente Umwandlung in No. 135, 168, hyaline Degeneration in No. 93, 122, 126, 144, 151, 161, eigentliche Nekrose in No. 20, 34 ,93, 96, 98, 110, 119, 132, 139, 176, 184, Verkalkung in No. 96. Zeichen chronischer Entzündung nur in No. 139. Hinweise auf Ernährungsstörungen (gesteigerte Empfindlichkeit des Tumors) finden wir in Fall 13, 14, 35, 77, 83, 97, 153, 156, 165, 166, 183.

Diese 34 Fälle verteilen sich auf 25 Primigravide (dabei 24 alte Erstgravide mit einem Durchschnittsalter von 36,8 Jahren und 1 Erstschwangeren von 23 Jahren), 3 Zweit-, 3 Dritt-, 2 Viert- und 1 Fünftschwangeren. Auch unser Material zeigt also (s. oben) eine vorwiegende Beteiligung der alten Primigraviden.

Stieltorsion.

Gestielte Myome neigen im Verlaufe der Schwangerschaft infolge der Ortsveränderung beim Wachstum des Uterus zur Stieltorsion (*Albrecht* (3), *Dallera* (39), *Stolz* (171)).

Wir selbst finden Angaben über Stieldrehung in den Fällen 72 (Sectio caesarea wegen Eclampsia gravidarum:

An der Uteruskante findet sich ein nierenförmiges, 6:4:2,5 cm messendes, um 180° torquiertes, gestieltes Myom von gelb-grauweißlicher Farbe und glatter Oberfläche. Der Stiel ist bleistiftdick und nach rechts torquiert. Verwachsung mit dem Netz).

83 (Myomectomie wegen heftigen Unterleibsschmerzen im 6.—7. Monat. Faustgroßer, ziemlich beweglicher, sehr empfindlicher Knoten, inseriert mit leicht gedrehtem, 4 cm langem, 2 Fr. dickem Stiel in der Nähe des rechtsseitigen Lig. rotundum).

110 (stielgedrehtes, faustgroßes, subseröses Myom geht mit 1 Fr. großer Ansatzstelle vom Fundus uteri aus. Es ist ziemlich stark durchblutet, zum größten Teil nekrotisch. Myomectomie im 8. Monat).

168 (Myomectomie wegen Stieldrehung im 5. Monat. Taubeneigroßes, rundliches, derbes, rotblau verfärbtes, sehr empfindliches Myom mit 2 Fr. großem Stiel).

Maligne Degeneration.

In unserem Material finden wir keinerlei Angaben, die in dieser Frage verwendet werden könnten. Nach *Albrecht* (3) besteht kein Beweis für eine zwar oft behauptete, angeblich durch die Gravidität begünstigte sarkomatöse Degeneration. Auch *v. Büben* (27) lehnt jeden diesbezüglichen Einfluß ab. Dagegen berichtet *Fevers* (50) über einen interessanten Fall. Dabei war die „nachgewiesene sakromatöse Degeneration" nach Unterbrechung der Schwangerschaft in kurzer Zeit zurückgegangen.

Einfluß des Myoms auf die Gravidität.

Ernste Störungen der Schwangerschaft sind selten. Wir haben eine weitgehende Dislokalisationsmöglichkeit, die Myome werden in der Gravidität immer weicher und konfigurabler.

Die Cervixtorsionen,

die Achsendrehungen des Uterus, sind selten. Sie sind bedingt, nach den Angaben verschiedener Autoren, weniger durch kleine Myome in kleinen Becken, häufiger durch große, intramurale Knoten, disponierend wirkt die Auflockerung der Cervix uteri. *Albrecht* (3), *Alexandra* (4).

In unserem Material finden wir zwei hieher zu rechnende Fälle. In Nr. 37 handelt es sich um ein gut kindskopfgroßes, intraligamentär entwickeltes Myom, ausgehend von der rechten Uruskante in mittlerer Höhe. Sectio caesarea classica wegen der Ver-

legung des Geburtskanales. Supravaginale Amputation des nach links torquierten Uterus.

In Nr. 81 liegt ein faustgroßes, 11:8½:8 cm messendes, von der Cervix ausgehendes und in das rechte Parametrium hinein entwickeltes Myom vor. Der Uterus ist nach rechts torquiert. Sectio caesarea, Entwicklung des Kindes aus I. dorsoanteriorer Querlage. Supravaginale Amputation des Uterus.

Pathologische Lagen des graviden Uterus.

Die Rolle der Myome ist sichergestellt. Meist finden wir Spontanaufrichtung des retrovertierten, retroflektierten Uterus und Aszendieren der Geschwülste. Doch wurden auch schon Incarcerationen festgestellt. *Albrecht* (3), *Walther* (193), *Fabricius* (48).

Blutungen in der Gravidität.

werden von den meisten Autoren als direkte Folge der Uterusgeschwulst nur selten angegeben und sie werden nicht als bedrohlich angesehen. Viel wichtiger sind hier andere aetiologische Momente. So finden wir bei insgesamt 38 Fällen von Blutabgang in graviditate vorwiegend andere Ursachen, wie pathologische Placentarinsertion, vorzeitige Lösung der normal sitzenden Placenten, Extrauteringraviditäten, Früh-, Fehlgeburten, *Potechin* (140) u. a.

Fehl- und Frühgeburten

sind im allgemeinen in ihrem Auftreten durch das Vorhandensein von Myomen kaum beeinflußt. Ihr Prozentsatz weicht unerheblich ab bei myomatösen Uteri gegenüber dem sonstigen Durchschnitt. Man weist ursächlich hin auf die dünne Ausbildung der Decidua über dem Myom, hyaline Degeneration der Deciduazellen, schlechte Entwicklung der Chorionzotten *Abel* (1), *Fabricius* (48). In der Literatur betonen den geringen Einfluß der Myome *Albrecht* (3), *v. Franqué* (54), *Buschke* (30), der ursächlich anführt Tumordruck, Blutung infolge des Tumors, pathologische Placentation, mangelhafte Ernährung, direkte und indirekte Ernährungsstörungen der Frucht, *Bublitschenko* (25), der eine frühzeitige Unterbrechung speziell bei großen Tumoren fand, *v. Büben* (27), *Hofmeier M.* (84), der mit und ohne Myom das gleiche Verhältnis Abort : Gravidität (1:7) fand. Nach *Stolz* (171) ist der Einfluß der Myome auf die Gravidität sehr wechselnd. Anderseits weist *Marjancik* (117) hin auf die frühzeitige Unterbrechung bei submucösen Tumoren, nach

Matveieff (120) und *Watson* (191) ist Größe und Lokalisation des Myoms maßgebend. *Pollak* (139) fand Aborte in 21% (bei Myomen gesteigerte Kontraktilität der Uterusmuskulatur).

In unserem Material finden wir bei 134 geburtshilflichen Fällen 102 ausgetragene Schwangerschaften, oft operative Unterbrechung der Gravidität aus anderweitiger Ursache. Bei 59 gynaekologischen Fällen finden wir 8 Spontanaborte (durchschnittlich mit 4,3 Monaten), 23 operative Schwangerschaftsunterbrechungen.

Pathologische Eieinbettung.

Die Beziehungen zwischen Myom und Placenta praevia sind nicht abgeklärt. Ev. ungünstige Insertionsbedingungen im oberen Corpusabschnitt. Nach *v. Büben* (27) findet sie sich hier in 5,5 % gegen normal 0,2 %.

In unserem Material finden wir 9 Praeviaplacenten, d. h. in 6,7 % von 134 geburtshilflichen Fällen (Nr. 11, 31, 40, 41, 42, 43, 92, 103, 123.

Ob bei Myomen Extrauterinschwangerschaften häufiger sind als sonst, wird behauptet, ist aber umstritten. Man findet in diesen Fällen meist kleine Myome. In der Literatur finden wir zahlreiche Angaben, so teilen Fälle mit *Bebcuk* (12), *Campacci* (33), *Dmitriev* (45), *Harnat* (72), der die Kombination Myom—Extra-uteringravidität relativ selten feststellen konnte, *Küstner* (101), *Koplowitz* (99), *Lange J.* (104), *Tarlo* (180), auch *Stolz* (171) hält die aetiologische Bedeutung der Myome für die Entstehung der Tubargravidität als sehr fraglich. Wir selbst fanden unter den 59 gynäkologischen Fällen 9 Tubarschwangerschaften (Nr.145: Grav. tub. mens.II bei nußgroßem, solitären Fundalmyom (Tubarabort), Nr. 151: Graviditas tubaria intacta bei multiplen, z. T. lymphangiectatischen bis walnußgroßen Myomen, Nr. 167: Graviditas tubaria mens. II bei einem kleinnußgroßen intramuralen Myom und einigen Myomkeimen in der Uterusvorderwand. Nr. 174: Beginnender Tubarabort bei einem kirschgroßen derben, kurz und schmal gestielten Myom an der Uterusvorderwand, Nr. 180: Graviditas tubaria interstitialis rupta mens. II bei haselnußgroßem, subserösen Myom der Uterushinterwand. Nr. 184: Graviditas tubaria (Tubarabort mit Haematocele retrouterina) bei kindskopfgroßem, z. T. nekrotischem, intramuralem Myom der Uterushinterwand.

Nr. 186: Graviditas tubaria rupta mens. II—III bei einem gut nußgroßen, subserösen Knoten hinten unten am Uterus, daneben subseröser Knoten. Nr. 187: Graviditas tubaria rupta mens. II bei einem kleinnußgroßen, derben, gestielt-subserösen Myom. Nr. 190: Graviditas tubaria bei 3 kleinen, subserösen Myomen).

Kind.

Unsicher ist auch die Bedeutung des Myoms als ursächlicher Faktor beim frühzeitigen Absterben des Kindes. Man erklärt dies durch Stieldrehung und Nekrose des Myoms, Entwicklungsfehler der Placenten, Incarcerationen des Uterus, drohende und beginnende Frühgeburt u. a. (s. oben). Daß das Myom Ursache pathologischer Kindslagen sein kann, ist möglich. *v. Büben* (27) fand sie häufiger als sonst (Beckenendlagen in 11,3 % gegen normal 3,1 %, Querlagen in 4,2 % gegen 6 %), *Kräl* (100) referiert über einen Fall von Positio capitis praepubica bei 2 Myomen der hinteren Uteruswand im Gebiet des inneren Muttermundes. In unseren 124 geburtshilflichen Fällen finden wir insgesamt 108 Kopflagen = 87 %. (Diese verteilen sich auf 50 I. H. H. L., 42 II. H. H. L., 2 I. V. H. L., 1 II. V. H. L., 1 I. Gesichtslage und 12 nicht näher bezeichnete Kopflagen), 3 Schräglagen = 2,5 %, 3 Querlagen = 2,5 %, 10 Beckenendlagen = 8 % (dabei sind die Fußlagen im allgemeinen relativ häufig anzutreffen).

Von großer praktischer Bedeutung ist der Einfluß der Myome auf die

Beschwerden der Schwangerschaft.

Diese treten in diesen Fällen sicher gehäuft auf. Dabei haben wir zu trennen die Beschwerden der Schwangerschaft an sich von den durch die Myome bedingt noch hinzukommenden Störungen. Diese finden wir vorwiegend bei submucösen Knoten, weniger bei intramuralen, selten bei subserösen Myomen. Im allgemeinen entsprechen die Beschwerden der Myomgröße, eine Ausnahme stellen die intraligamentären und die großen, subserösen Tumoren dar.

Viele Angaben finden sich in der Literatur, so bei *Hofmeier* (14), *Lantuéjoul* (105), *Laurentie* (106), *Razetti* (147), *Wieloch* (195). Speziell hinweisen möchte ich auch auf die Möglichkeit einer Myomkapselruptur oder einer Serosa-Gefäßzerreißung über

dem Tumor; s. auch *Börner* (21), *Rokitansky* (151), *Schauta* (158), *Richter* (150), *Stein* (174), *Schiffmann* (161), *Saenger* (155).

Stolz (171) gibt an, daß von 37 ausgetragenen Graviditäten 12 ohne Beschwerden verliefen = 33 %, er weist aber mit Recht darauf hin, daß der Prozentsatz an sich viel größer ist, in Anbetracht der Tatsache, daß beschwerdefreie Myomträgerinnen oft gar nicht als solche erkannt werden.

In unseren Fällen finden wir auch oft die Angabe von Schmerzen oder sonstigen Beschwerden. Im geburtshilflichen Teil 63:134, im gynäkologischen Abschnitt 41:59, total 104:193 = 54 %, d. h. nur 46 % aller mit Myom komplizierten Graviditäten verliefen ganz ohne Beschwerden. Dabei handelt es sich vorwiegend um die typischen Schwangerschaftsstörungen wie Nausea, Emesis, Magenbrennen, Oedeme, Krämpfe, doch finden sich auch Hinweise auf Nephropathie, Eklampsismus und Eklampsie, Mictions- und Stuhlbeschwerden, weniger oft dumpfe Leibschmerzen, Anaemie-Symptome, neurasthenische und schizoide Bilder usw.

Der Einfluß der Geburt auf das Myom.

Regressive Prozesse.

Wichtig sind die Ernährungsstörungen und regressiven Prozesse, die wir hier, analog wie in der Schwangerschaft, nun verstärkt und häufiger antreffen. Wir finden Myomnekrosen durch Gefäßalteration, Vereiterung, Verfettung, Verkalkung selten. Wieweit in unseren Fällen die regressiven Prozesse während der Schwangerschaft, wieweit unter der Geburt, ev. erst später entstanden sind, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Form- und Lage-Änderung des Tumors.

In der Literatur finden wir entsprechende Hinweise bei *Borochowitsch* (22), *Cambon* (32), *Geller* (62), die über intra partum geborene Myome berichten. Oft deutliche Stielbildung. Wir können ein Circumscripterwerden des Myoms sub partu fetstellen in Nr. 12, 21, 46, 68, 74, 77, 97, 116, während in den Fällen Nr. 24, 47 das Myom überhaupt erst unter der Geburt diagnostiziert wurde. In Nr. 78 wurde eine ausgesprochene Myomwanderung festgestellt, indem der kleinkindskopfgroße Tumor mit dem Steigen des Uterus aus dem linken Hypogastrium auf die rechte Seite wanderte.

Der Einfluß des Myoms auf die Geburt.

Nach *Albrecht* (3) sind ernste Störungen der Geburt relativ selten, da eine weitgehende Dislokalisationsmöglichkeit besteht und das Myom bei fortschreitender Schwangerschaft immer weicher und konfigurabler wird. Doch zeigt die Durchsicht unserer Fälle, daß bei ev. früheren Geburten auffällig oft Komplikationen auftraten und geburtshelferische Maßnahmen der verschiedensten Art nötig wurden. Ich möchte hier noch einmal darauf hinweisen, daß, wie ich ausführlich im Abschnitt „Einfluß des Myoms auf die Schwangerschaft" dargetan habe, das Verhältnis der Kindslagen deutlich zu Ungunsten der Kopflagen verschoben ist.

Cervixtorsionen unter der Geburt sind selten (*Saavedra* (154)).

Wichtig ist die Verlegung des Geburtskanales durch das Myom. Wir finden aber hier oft einen überraschend günstigen Verlauf. Am wenigsten bei großen, im kleinen Becken fixierten Tumoren (subperitoneal, intraligamentär), doch ist manchmal auch hier eine Spontangeburt möglich (Tumorkompression, Uterusretraktion). In anderen Fällen finden wir aber oft ein Hochsteigen oder Tiefersteigen des Tumors, ev. bis vor die Vulva, bei submucösen Myomen spontane Myomausstoßung. *Bovin (23), Frommoli* (58), *Klaus* (96), *Lantuéjoul* (105), *Morger* (124), *Macafee* (113), *Olsen* (142), *Pruis* (141), *Sureau* (176), *Saavedra* (154), *Szenteh* (178), *Tellafero* (178), *Wladiaka* (198), *Turunen* (185).

Wir finden in unserem Material 6 Fälle, in denen der Geburtskanal durch Myome des Uterus verlegt wurde: Nr. 20: kleinfaustgroßes, z. T. nekrotisches, im kleinen Becken eingeklemmtes, subseröses Myom, das mit kurzem, breitem Stiel von der hinteren Uteruswand ausgeht. Kind in I. Querlage. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis mit Myomectomie.

Nr. 28: kleinkindskopfgroßes, succulentes Myom der Uterushinterwand, wenig unter Fundushöhe. Der Tumor lag im kleinen Becken, die Schwangerschaftsausdehnung des Uterus erfolgte allein auf Kosten der Vorderwand. Kind in I. H. H. L. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis mit Amputatio uteri supravaginalis.

Nr. 37: kindskopfgroßes, z. T. lymphangiectatisches, ins linke Parametrium entwickeltes, mit doppeltem Stiel in mittlerer Höhe von der rechten Kante ausgehendes Myom. Sectio caesarea classica mit Amputatio uteri supravaginalis.

Nr. 57: große, im Douglas adhärente Myome. Kind in Kopflage, Kopf auf die linke Beckenschaufel abgewichen. Sectio caesarea transperitonealis cervicalis mit Amputatio uteri supravaginalis. Die Graviditätsausdehnung betrifft vorwiegend die dünne Vorderwand des Uterus.

Nr. 81: faustgroßes, cervicales, ins rechte Parametrium hinein entwickeltes Myom. Kind in Querlage. Sectio caesarea mit Amputatio uteri supravaginalis. Der Uterus ist nach links torquiert.

Nr. 96: multiple Myome, dabei ein apfelgroßes, submucöses, z. T. nekrotisches Myom als Geburtshindernis. Kind in Kopflage. Sectio caesarea classica mit Amputatio uteri supravaginalis.

Weiterhin wichtig als Myomfolge ist die primäre Wehenschwäche, die protrahierte Geburt. Die Wehen werden speziell durch große, multiple und intramurale Tumoren beeinträchtigt, weniger durch kleine und subseröse Knoten. *Abel* (1), *Bublitschenko* (25), *Dmitriev* (45), *Küstner* (101). Wir finden bei insgesamt 134 geburtshilflichen Fällen 30 primäre und 3 sekundäre Wehenschwächen.

Wir müssen uns aber immer klar sein, daß für den Ablauf der Geburt immer 3 Faktoren vorwiegend maßgebend sind: das Geburtsobjekt, die Geburtswege u. die Geburtskräfte. Das Myom kann an allen 3 Orten einwirken, sei es durch Verlegung des Geburtskanals, wie schon oben betont wurde, eine mangelhafte Erweiterung des inneren Muttermundes, Überdehnung der Cervix, in seltenen Fällen eine Uterusruptur (*Morger* (124), *Ronsheim* (152), *Weber* (194)) oder Abdrängen des vorliegenden Kindsteiles, Schieflagen und andere Lage-Anormalien des Kindes (s. oben), vorzeitiger Blasensprung, Vorfall kleiner Teile oder der Nabelschnur (der meist rein zufällig ist. Disponierend wirken Tumoren, die den Geburtskanal einengen), Kompression der Nabelschnur, Kompression und Laesion des Kindes (s. unten).

In unseren 134 Krankengeschichten der geburtshilflichen Abteilung finden wir 36 vorzeitige Blasensprünge, Nabelschnurumschlingung um den Hals in 2 Fällen: Nr. 23: multiple, nuß—faustgroße Knoten, Geburt mit vorzeitigem Blasensprung, primärer Wehenschwäche, Nabelschnurumschlingung, intrauterines Absterben, Perforation.

Nr. 108: 2 kleine, subseröse Myome am Fundus. Primäre Wehenschwäche, tiefer Querstand, 2malige Nabelschnurumschlingung um den Hals, drohende Asphyxie, Forceps; Nabelschnurvorfall in Nr. 81: Verlegung des Geburtskanales durch ein faustgroßes, cervicales, ins rechte Parametrium gewachsenes Myom. Querlage.

Im weiteren zeigt sich, daß von den 134 geburtshilflichen Fällen nur 69 spontane Geburten hatten, daneben 6 Extraktionen aus Beckenendlage, 1 Ritgen'schen und 1 Kristeller'schen Handgriff, 7 Zangenextraktionen, 2 Perforationen am toten Kind, 48 Kaiserschnitte. Dieser wurde ausgeführt: 8 mal wegen engem Becken, 9 mal wegen Eklampsismus resp. Eklampsie, 8 mal wegen tiefsitzenden und vorliegenden Placenten, 10 mal wegen drohender Asphyxie, 6 mal wegen Verlegung der Geburtswege durch Myome, 2 Querlagen, 3 vorzeitige Lösungen der normal inserierenden Placenta, 1 mal war der Uterus myomatosus als solcher und einmal ein sub partu auftretendes Lungenoedem maßgebend.

Der Einfluß der Nachgeburtsperiode auf das Myom.

Wir finden in dieser kurzdauernden Geburtsphase keine speziellen Myomveränderungen. Wir können Erweichungen, Nekrosen, Gangraen feststellen, auch wurden schon submucöse Myome ausgestoßen (*Albrecht* (3), *Abel* (1), *Frankl* (56)).

Andererseits wurden in unseren Fällen die Myome oft erst in diesem Geburtsabschnitt diagnostiziert, so in Nr. 10: in der durch eine Atonie komplizierten Nachgeburtsperiode wurde links am Fundus uteri ein Myom festgestellt (2. harte Kuppe). Nr. 63: eine Delle in der Nachgeburt bei erhöhtem Blutabgang weckte den Verdacht auf ein submucöses Myom. Die eingehende Hand entfernte einen eigroßen, kugeligen Tumor, der mit einem dünnen Stiel 2 Q.F. über dem inneren Muttermund an der Uterushinterwand ansetzte.

Nr. 176: Nekrose und Infektion des faustgroßen, von der Hinterwand ausgehenden, submucösen Myoms nach Spontanabort mens. IV.—V. Supravaginale Amputation des Uterus.

Der Einfluß des Myoms auf die Nachgeburtsperiode.

Die Nachgeburtsperiode verläuft meist ohne Störung. Wir finden selten Cervixtorsionen, weiterhin Placentar- und Eihaut-Retentionen, unvollständige Placentarlösungen (Festhaften der Nachgeburt speziell auf dem Myom, Zurückhalten der gelösten Nachgeburt oder Teile derselben durch Tumoren im unteren Corpus oder in der Cervix, schlechte Uteruskontraktionen) als Myomfolge. Hierüber äußern sich *Abel* (1), *Hofmeier* (84), *Mann* (116), *Küstner* (101), *Morger* (123), die auf die gehäuften atonischen Blutungen bei Myomträgerinnen hinweisen, andererseits betonen die Retentio placentae *Geller* (62), *Heimann* (74), *Nebesky* (127). Dieser ist, wie auch *Köster* (97) und *Küstner* (101) der Ansicht, daß auch bei nicht besonders großen Myomen die Prognose der Placentarperiode und des Wochenbettes mit Vorsicht zu stellen ist. *Stolz* (171) fand bei 65 Fällen 13 mal Blutungen, auch konnte er Placentarretentionen feststellen.

Im Rahmen unserer 134 geburtshilflichen Fälle finden wir ebenfalls hierher zu rechnende Angaben (22 herabgesetzte und 16 schlechte placentare Uteruskontraktionen resp. atonische Blutungen. Hinzu kommen 5 Fälle mit deutlicher, postplacentarer Blutung). Außerdem zeigt der Fall Nr. 176 (gynäkolog. Abteilung) eine starke Nachgeburtsblutung.

Was die Ausbildung der Nachgeburt anbelangt, so finden wir 1 Placenta succenturiata (Nr. 93), 1 Placenta velamentosa (Nr. 2), 1 Placenta circumvallata (Nr. 89).

Betr. tiefsitzende und Praevia-Placenten haben wir uns schon oben geäußert (8 Fälle).

Der Einfluß des Wochenbettes auf das Myom.

Ernährungsstörungen.

Von größter Bedeutung im Wochenbett sind Ernährungsstörungen des Myoms durch Gefäßalterationen. Die einfache Atrophie ist seltener, als die sekundäre Atrophie nach sklerosierender

Degeneration. Wir finden degenerative Verfettung, Nekrose, Gangraen des Myoms, ausgehend vom infizierten puerperalen Uterus. Häufig finden wir eine Verkleinerung des Tumors, ev. gar dessen Verschwinden (nur klinisch, nicht anatomisch), doch ist auch eine Größenzunahme möglich, ev. mit Entartung.

Auf die Verkleinerung und Nekrotisierung im Wochenbett weisen auch hin *Abel* (1), *Bublitschenko* (25), der auch die Möglichkeit der Infektion freiliegender Myomknoten vom Cavum uteri aus betont, *v. Büben* (27), *Flatau* (51), *Heimann* (74), *Hofmeier* (84) betont den aseptischen, breiigen Myomzerfall im Wochenbett, *Katz* (92), *Kamnicker* (91), *Küstner* (101), *Morger* (124), *Sterenberg* (172), *Stolz* (171).

Wir selbst finden zahlreiche, diesbezügliche Angaben in unserem Material, so wurde eine Verkleinerung des Tumors im Wochenbett festgestellt in 15 Fällen (Nr. 7, 12, 23, 24, 30, 54, 64, 77, 97, 102, 124, 127, 128, 165, 180), während in Nr. 13 und 109 ausgesprochen das Gleichbleiben der Myomgröße festgestellt wurde. Empfindlichkeit des Myoms im Wochenbett, ohne spezielle Angaben, stellen wir fest in Nr. 29 und 80. Myomnekrose konnte diagnostiziert werden (im Wochenbett) in den Fällen Nr. 39 (es wurde am 15. Wochenbettstag aus der Cervix ein unregelmäßiges, polypöses, kirschkerngroßes Myom entfernt, das ganz nekrotisch war), und Nr. 152 (im Anschluß an eine Infektion des puerperalen Uterus bei Nekrose des Myoms und Vereiterung stellte sich eine Peritonitis und Sepsis mit metastatischen Eiterherden ein und Patientin ging an der Allgemeininfektion zugrunde).

Wir finden im Wochenbett auch die

Ausstoßung

nekrotischer oder vom Stiel gelöster submucöser Tumoren, so weisen auf ähnliche Fälle hin in der Literatur *Börner* (21), *Herzfeld* (77), *Vallois* (187), *Stolz* (171), der auch die Möglichkeit der Myomtorsionen im Wochenbett betont.

Wichtig ist aber auch die Tatsache, daß die

Infektion

ausgehend vom puerperalen Uterus, über das Myom weitergreifen kann auf das Peritoneum, zu Thrombosierungen, Embolien, Sepsis führen kann.

Wir möchten hier speziell auf unseren Fall Nr. 39 (s. oben) hinweisen.

Hiezu äußern sich auch *Bublitschenko* (25), *Stolz* (171).

Der Einfluß des Myoms auf das Wochenbett.

Das Wochenbett verläuft bei Myomträgerinnen meist ohne vermehrte Störungen.

Febriles Wochenbett.

Von unseren 134 geburtshilflichen Fällen zeigen 36 ein febriles Wochenbett = 26,9 %. Ursächlich kommen in Betracht neben der eigentlichen Geburtssteigerung Fieber durch Retention, Endometritis puerperalis, Mastitiden, Phlebitis und Thrombophlebitis, Cystis, Pyelitis u. a.

Bublitschenko (25), der den Wochenbettverlauf in diesen Fällen abhängig macht von: 1. Zeitpunkt der Schwangerschaftsunterbrechung, 2. Größe und Lokalisation der Myome, 3. operative Maßnahmen sub partu, 4. der Nachgeburtsleitung, fand häufig ein febriles Wochenbett. *Stolz* (171) fand Fieber in 30 % gegen sonst nur 16,4 %.

Mangelhafte Involution, Spätblutungen.

Wir finden in 15 Fällen Angaben über schlechte Involution des puerperalen, myomatösen Uterus. Spätblutungen konnten wir nur selten feststellen.

Nach *Bublitschenko* (25) sind Spätblutungen meist durch Placentarreste und nur selten durch Atonie bedingt.

Weitere Komplikationen des Wochenbettes bei Myomträgerinnen sind

Cervixtorsionen, Inversionen des Uterus.

Wir selbst konnten keine diesbezüglichen Angaben in unserem Material finden. *Gemmil* (63) berichtet über partielle Uterusinversionen bei prolabiertem Myom.

Auch im Wochenbett möglich sind

Venenrupturen am Uterus.

Hoffmann (82) weist auf einen solchen Fall (Venenruptur über dem rasch gewachsenen Myom am 2. Wochenbettstag) hin. Nach ihm spielen ursächlich eine Rolle: Kontraktionen des Uterus, Be-

wegungen desselben, Reibung an den Beckenwänden, hoher und wechselnder Blutdruck, Myomnekrose wirkt disponierend. Er hat für diese Blutungen eine Mortalität von 17,86 % errechnet. Nach *Halban* (69) wird die Venenruptur auch durch das primäre Einreißen des Peritoneums über der Vene provoziert. Hiezu äußern sich auch *Küstner* (101), *Marjancik* (117) und *Schmidt* (159).

Die gegenseitigen Beziehungen zwischen Myom und Kind.

Frühzeitiges Absterben des Kindes.

Von verschiedenen Autoren wird darauf hingewiesen, daß der Prozentsatz der frühzeitig absterbenden Kinder bei myomatösen Uteri gravidi kaum erhöht ist (s. oben). Auch über die eventuell ursächlich in Betracht kommenden Momente haben wir uns oben schon ausgesprochen.

Wir selbst können in unserem Material feststellen, daß bei 134 geburtshilflichen Fällen 102 Kinder reif und lebend, 1 Kind reif, tot und mazeriert (Nr. 4: protrahierte Geburt), 4 Kinder reif und frischtot (Nr. 23: Nabelschnurumschlingung, Perforation. Nr. 33: fragliche Nabelschnurkompression, Perforation, Nr. 77: Wehenschwäche, Forceps, Nr. 83: drohende Asphyxie, Wendung, Extraktion), 24 Kinder frühreif und lebend, 2 Kinder frühreif, frischtot (Nr. 66 und 105· vorzeitige Lösung, Sectio), frühreif, beim Spitaleintritt schon abgestorben aus unklarer Ursache 1 Kind (Nr. 80). Die 59 Fälle der gynäkologischen Abteilung zeigen bei 9 Extrauteringraviditäten 8 Spontanaborte (Nr. 142 im 5. bis 6. Monat, Nr. 152 im 6. Monat, Nr. 154 febril im 2. Monat, Nr. 171 10 Tage post myomectomiam im 3. Monat, Nr. 165 im 3.—4. Monat, Nr. 173 (Abortus incompletus), Nr. 176 (febril im 4.—5. Monat), Nr. 189 (Abortus incompletus im 3. Monat), 1 Missed-abortion im 5. Monat (Nr. 175), 2 Frühgeburten (Nr. 148: Sectio caesarea bei Nephropathie, Nr. 182: Frühgeburt im 8. Monat 3 Tage nach der Myomectomie (torquiertes, apfelgroßes, subseröses Fundusmyom).

Wachstum der Foeten bei Myomen.

Buschke (30) hat in seiner Arbeit die Frage der Wachstumshemmung der Foeten bei Myomen des graviden Uterus behandelt.

Dass eine Raumbeschränkung in der Uterushöhle zu Deformationen des kindlichen Körpers führen könne, ist immer wieder behauptet, aber auch bestritten worden (s. *Franqué* (54), *Hofstätter* (85), *Reuss* (149), nach denen hierin oft die Ursache eines angeborenen Caput obstipum besteht, oder *Flatau* (51), *Hofstätter* (85), die auch Mißbildungen der Extremitäten so erklären.

Wir selbst haben keine Angaben, die hinweisen würden auf Kompression oder Laesion kindlicher Teile durch das Myom. Dagegen fehlt es nicht an Entwicklungsstörungen des Kindes, so finden wir Cheilognathopalatoschisis in Nr. 29, eine vom Vater her vererbte Syndactylie in Nr. 38, Hydrocele in Nr. 93, fehlenden Descensus des rechten Hodens in Nr. 128, hier fand sich auch am linken Kieferwinkel ein Angiom, Hypospadia glandis in Nr. 134. Außerdem in Nr. 121 eine Fractur des rechten Oberarmes bei Extraktion aus I. unvollkommener Fußlage.

Nun hat *Buschke* Fälle publiziert, wo die Frucht auffallend klein, sonst aber ohne Mißbildung war. Über die Ursache läßt sich noch nichts Sicheres aussagen, er vermutet Störungen toxischer oder hormonaler Art. Wir selbst können eine Diskrepanz zwischen der angegebenen Graviditätsdauer und dem Gewicht und der Größe der Frucht feststellen in den Fällen Nr. 14 und 98, es handelte sich beide Male um große Tumoren.

Die Bedeutung der Art, des Sitzes und der Größe der Myome.

Große Myome sind nur selten mit Schwangerschaft kombiniert (1 %), häufiger finden wir in diesen Fällen kleine, symptomlose Knoten. Nach *Bublitschenko* (25) erfolgt die Unterbrechung der Gravidität bei großen Tumoren frühzeitiger und häufiger, doch ist auch bei sehr großen Tumoren eine rechtzeitige Geburt möglich.

Die physiologische Uterusfunktion wird am häufigsten gestört durch intramurale, am wenigsten durch subseröse, am schwersten aber durch submucöse Myome. Pathologische Gewebeveränderungen als Ursache krankhafter Symptome treffen wir maximal bei submucösen, minimal bei subserösen Geschwülsten.

Druck- und Veränderungserscheinungen sind gering bei Sitz im oberen Teil des Corpus uteri (subserös oder interstitiell), häufig bei Sitz im unteren Teil des Corpus, im Collum und bei intraliga-

mentärer Ausbildung. Es betont auch *Bazan* (11), daß die Gravidität bei Corpusmyom meist ohne Beschwerden verläuft, ebenso stellt *v. Büben* (27) fest, daß von den Corpusmyomen nur 25 %, von den anderen Tumoren fast 100 % Störungen verursachten.

Die Myomtherapie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

Wir finden in der Literatur sehr zahlreiche Angaben zu diesem Thema, sie sind sich z. T. aber sehr widersprechend. Die Ansichten gehen speziell auseinander in der Frage, ob im Prinzip abgewartet werden soll oder ob von vornherein die Operation anzuraten ist, und wenn ja, ob die Entfernung des Myoms der Radikaloperation vorzuziehen ist.

Abwartendes Verhalten.

Diesen Standpunkt vertreten viele Autoren, so *Agnifili* (2), *Berman* (10), die die Operation nur vornehmen im Falle drohender Komplikationen, *Benner* (15), *Daum* (42), *de Grisogno* (44), *Hofmeier* (84) und *Köster* (98) halten ein Abwarten bei obstruierenden Tumoren für gerechtfertigt. Der Letztere empfiehlt auch bei Myomectomie, immer die Gravidität zu unterbrechen, da in 70 % Spontanabort post operatione, ev. mit Nahtruptur. *Labhardt* (102, 103) rät, in der Behandlung der Myome in der Schwangerschaft weitgehend zu individualisieren. Im Prinzip haben wir, wenn immer möglich, die Spontangeburt abzuwarten. Muß aber vorher eingegriffen werden, so ist die Radikaloperation (supravaginale Amputation) der Myomenucleation vorzuziehen. Nur bei subserösen, gestielten Knoten ist in graviditate das konservativ-operative Vorgehen anzuraten. Die Enucleation größerer und zahlreicher interstitieller Myome ist nicht zweckentsprechend, da sie, im Hinblick auf spätere Schwangerschaften die Uterswand allzusehr schädigt. Auch *Stolz* (171) lehnt die vorzeitige, künstliche Schwangerschaftsunterbrechung als Methode ab, da man dabei wohl das Normale, nicht aber das Pathologische entfernt. Ähnliche Ansichten äußern *Lynch* (112), *v. Franqué* (55), der beim künstlichen Abort eine mütterliche Mortalität von 41 % feststellte, *Rabinovic* (146), *Schäfer* (157), *Seitz* (167), *Schultheiß* (125), *Watson* (191), *Walthard* (192), *Morger* (124) und *Zanela* (199).

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch auf die Anregung von *Lichtenstein* (107) hinweisen, der glaubt, durch Verwendung des Hocksitzes sub partu die hemmende Wirkung der Fundusmyome auf die Wehen ausschalten zu können.

Konservierend-operatives Vorgehen.

Aza (6) empfiehlt die Verabreichung von Opiaten nach Myom-Enucleationen. *Alfieri* (5) betont die Wichtigkeit der exakten Technik bei der Myomectomie. Weiter treten für die Myomectomie ein *Bacialli* (7), *Banister* (9), *Bonnery* (20), *Bondioli* (19), *Butureanu* (31), *Bazan* (11), *v. Büben* (27), *Coggi* (35), *Contarini* (37). *Consoli* (36) fand nach Myomectomie in 25 % Schwangerschaft, *Bonnery* in 39 %, *Goullioud* (66) bei Frauen unter 40 Jahren in 25 %). Nach *d'Erchia* (46) ist für die Prognose der Graviditat maßgebend der Sitz des Myoms. Weitere Beiträge zu dieser Frage finden wir bei *Dmitriev* (45), *Fabricius* (48), *Ferrari* und *Honeil* (49), *v. Franqué* (54), *Fries* (57), *Gröne* (67), *Garzon* (60), *Georgescu* (64), *Hammerschlag* (70), *Harris* (73), *Hoffmann* (82), *Keller* (93). *Köhler* (97) bezeichnet die Myomectomie als die schonendste Operation im gebärfähigen Alter, auch bei großen, intramuralen Knoten. *Liebmann* (106, 108) und *Liegner* (110) halten dafür, daß bei richtiger Wundversorgung schwere Komplikationen in Geburt oder Wochenbett nicht zu befürchten sind, dasselbe betont *Mayer* (121), der bei subserösen Myomen in 15 %, bei intramuralen in 19 %, postoperationen Abort fand. Gute Erfolge mit der Myomectomie sahen auch *Marto* (119), *Moure* (125), *Matveieff* (120), *Pestalozza* (133), *Placintianu* (137), *Potechin* (140), *Pagani* (129), *Phaneuf* (136), *Perez* (131), *Roulland* (152), *Steinitz* (170), *Winter* (196), *Walther* (193), *Zondek* (200).

Radikal-operative Methoden.

Im gegebenen Falle finden auch sie ihre Befürworter, so *Bublitschenko* (25), *Daniel* (40, 41), *Fromolt* (58), *Gill* (65, *Küstner* (101), *Labhardt* (102, 103). *Ottow* (143) steht allen konservativen Operationen kritisch gegenüber, da sie prognostisch unsicher und gefahrvoll sind.

Unsere Fälle:

Gynäkologische Abteilung: 59.

A. Enucleationen: 15.

I. Schwangerschaftsverlauf ungestört: 7.

1. Nr. 135: Graviditas mens. VII. Etwas sanguinolenter Tumor von 5:4:2½ cm, mit einigen kleinen Herden von roter Degeneration, leicht gelappt, setzt mit bleistiftdickem Stiel, 3 cm oberhalb des Ansatzes des Lig. rotundum rechterseits an. Abtragung des Tumors.

2. Nr. 136: Graviditas mens. III.—IV. Faustgroßes, derbes, kugeliges Myom, geht gestielt (3 cm) vom rechten Fundalwinkel aus. Etwas links davon finden wir in der Uteruswand, nicht gestielt, ein gut kirschgroßes, gelblich glänzendes Myom. Entfernung beider Tumoren.

3. Nr. 138: Graviditas mens. III.—IV. Von der linken Uteruskante, etwas unterhalb des Adnexansatzes entspringend, inseriert an einem ca. 2 cm langen, runden Stiel von ca. 5 Fr. großem Durchmesser ein apfelgroßes Myom. Ein nußgroßer Knoten intramural am rechten Fundalwinkel. Es wird nur das subseröse Myom entfernt. Es ist cystisch erweicht. Geburt am Termin mit vorzeitigem Blasensprung.

4. Nr. 149: Graviditas mens. II. 5:6 cm messendes, derbes, gut bewegliches Myom auf der linken Corpushälfte und ein kirschgroßes Myom der Corpusmitte werden enucleiert. Geburt am Termin. Primäre Wehenschwäche, reifes, totes Kind. Atonie (fragliche Nabelschnurkompression).

5. Nr. 164: Graviditas mens. VI.—VII. Faustgroßes, ziemlich bewegliches Myom inseriert mit 4 cm langem, 2 Fr. dickem, leicht torquierten Stiel beim Ansatz des rechtsseitigen Lig. rotundum. Der Tumor wird excidiert. Links ein kleiner Tumor. Geburt am Termin. Kind sub partu asphyktisch abgestorben. Placentare Hypotonie.

6. Nr. 168: Graviditas mens. V. Neben dem Uterus, direkt über dem rechten Lig. inguinale, findet sich an einem 2 Fr. großen Stiel ein taubeneigroßes, derbes, rotblaues, rundliches, subseröses Myom. Myomectomie. Gravidität geht ungestört weiter. Keine Angaben über den späteren Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt.

7. Nr. 185: Graviditas mens. IV.—V. In der Gegend des rechten Fundalwinkels geht mit einem 2 Fr. großen, kurzen Stiel, medial vom Adnexansatz, ein 11:16:9 cm messendes, 840 g

wiegendes, hyalin-degeneriertes Myom aus. Ein kleinnußgroßes, derbes Knötchen in der Mitte der Vorderwand. Kleine, weiße Myomkeime. Der große Knoten wird enucleiert.

Geburt vor dem Termin. Vorzeitiger Blasensprung, postplacentare Hypotonie, frühreifes Kind (251 Tage).

Wir finden also, daß in unseren Fällen von Myomectomien bei ungestörtem Graviditätsverlauf, dieselbe sich durchschnittlich im 4.—5. Monat befand. Es handelt sich meist um Myome des oberen Corpus, die gestielt waren.

II. Schwangerschaftsverlauf gestört: 2.

1. Nr. 161: Gravidität mens. III. An der Uterushinterwand mehrere kirschkern- bis haselnußgroße Myome. Ein faustgroßer Tumor geht mit einem kleinfingerdicken Stiel von der Fundushinterfläche aus und reicht in den Douglas, wo er eingeklemmt ist. Ein nußgroßes, subseröses, kurz gestieltes Myom inseriert etwas unter Fundusmitte (Hinterwand). Myomectomie der beiden großen Knoten. Sie zeigen hyaline Degeneration.

   10 Tage post operatione wird das abgestorbene Ei ausgestossen. Curettage.

2. Nr. 182: Graviditas mens. VIII. Apfelgroßes, subseröses Myom geht mit 1 Fr. großem Stiel vom Fundus uteri aus. Es ist ziemlich stark durchblutet (Stieltorsion), zum größten Teil nekrotisch. 3 Tage nach der Operation setzen Wehen ein. Vorzeitiger Blasensprung. Frühgeburt. Kind bald an Adynamie gestorben.

III. Myomectomien wurden auch ausgeführt:

a) bei Tubargravidität: 4.

1. Nr. 145: Graviditas tubaria dextra (Tubarabort mit beginnender Haematocele retrouterina). Nußgroßes, solitäres Myom am Fundus uteri. Salpingotomie. Enucleation.

2. Nr. 174: Graviditas tubaria sinistra (beg. Tubarabort). Kirschgroßes, derbes, polypöses, kurz und schmal gestieltes Myom der Uterusvorderwand. Salpingotomie. Enucleation.

3. Nr. 187: Graviditas tubaria rupta sin. mens. II (vor 7 Jahren Tubarabort der rechten Seite). Kleinnußgroßes, derbes, gestieltes Myom des Fundus uteri. Salpingotomie. Myomectomie.

4. Nr. 190: Graviditas tubaria dextra. 3 oberflächliche, subseröse, kleine Myome. Salpingotomie. Myomectomie aller 3 Tumoren.

b) Myomectomie bei Sellheim'scher Operation:

Nr. 172: Sellheim aus psychiatrischer Indikation. Mandelgroßes, subseröses Myom der Uterusvorderwand. Myomectomie.

c) Myomectomie bei hoher Amputation:

Nr. 179: Graviditas mens. II.—III. Rechts von der Mittellinie, dem rechten Fundalwinkel in einem kleinhandtellergroßen Bereich breit aufsitzend, finden wir einen faustgroßen, rundlich-länglichen Tumor von glatter Oberfläche, der Knoten ist sehr beweglich. Ein mandelgroßes, gestieltes, subseröses Myom hinten tief unten im Douglas. Ein kleineres Myom in Cervixhöhe. Multiple, kleine Tumoren an der Vorder- und Hinterwand des Uterus.

Amputatio uteri alta. Ausschälung des im Douglas gelegenen Knotens. Enucleation eines intramuralen Myoms des Uterusstumpfes.

B. Amputatio uteri supravaginalis: 22.

1. Nr. 137: Graviditas mens. V. Uterus myomatosus.
2. Nr. 139: Graviditas mens. III.—IV. Uterus myomatosus. Cavum plattgedrückt. Myome mit Nekrosen und leichter chronischer Entzündung.
3. Nr. 143: Graviditas mens. III.—IV. Im Douglas, Vagina und Rectum komprimierend, findet sich, bis unter die Interspinallinie reichend, ein gut faustgroßes, derbes, eingeklemmtes Myom, das mit einem kurzen, kleinhandtellergroßen Stiel von der hinteren Uteruswand in Höhe des inneren Muttermundes entspringt. Der Stiel inseriert hier auf einem apfelgroßen, intramuralen Myom.
4. Nr. 144: Graviditas mens. II.—III. Vom rechten Fundalwinkel geht mit daumendickem Stiel ein kindskopfgroßer, kleinhöckeriger Tumor aus. Multiple, kleine Myome in der Uteruswand. Das Myom ist zum Teil gequollen, hyaline Umwandlung.
5. Nr. 146: Graviditas mens. III. Multiple Myome des Uterus. Cavum komprimiert.
6. Nr. 147: Graviditas mens. I.—II. Faustgroßes, in rechtes Parametrium entwickeltes Myom.
7. Nr. 148: Graviditas mens. VII. Wegen Nephropathie Sectio caesarea. Dabei werden am Uterus subseröse Myome gefunden. Ampuatatio uteri supravaginalis.

8. Nr. 150: Graviditas mens. II. Faustgroßes, fast bis zur Spinallinie reichendes, von der Uterushinterwand ausgehendes, intramurales Myom. Nußgroßes, gestieltes Myom der rechten Kante.

9. Nr. 151: Graviditas tubaria sin. intacta. Wegen multiplen Myomen wird der Uterus amputiert.

10. Nr. 156: Graviditas mens. I.—II. Mehrere, bis apfelgroße, subseröse oder intramurale, derbe Knoten an der Vorderwand und Hinterwand des Uterus (z. T. tief im Douglas).

11. Nr. 159: Graviditas mens. III. Kirschkerngroßes Myom der Vorderwand. Im Becken, von der rechten Hinterwand ausgehend, findet sich ein faustgroßer, derber, wenig beweglicher Tumor.

12. Nr. 160: Graviditas mens. II. Multiple, subseröse oder intramurale Myome.

13. Nr. 162: Graviditas mens. II. Kopfgroßes, antecervicales Myom, das gestielt von den unteren Partien des Corpus und den oberen Teilen des Collum ausgeht.

14. Nr. 166: Graviditas mens. V. Multiple, subseröse, intramural-intraligamentäre Geschwülste.

15. Nr. 169: Graviditas mens. II.—III. Intramurales, kindskopfgroßes Myom an der Uterusvorderwand.

16. Nr. 176: Graviditas mens. IV.—V. Submucöses Myom, 10:8:8 cm. Wegen Myomnekrose nach Spontanabort Amputatio uteri supravaginalis mit extraperitonealer Stielversorgung nach Porro.

17. Nr. 177: Graviditas mens. IV.—V. Multiple Myome.

18. Nr. 178: Graviditas mens. II.—III. Uterus myomatosus.

19. Nr. 184: Tubarabort rechts mit retrouteriner Haematocele. Nekrotisches Myom der Uterushinterwand.

20. Nr. 188: Graviditas mens. II: Multiple Myome.

21. Nr. 191: Graviditas mens. III. Uterus myomatosus.

22. Nr. 193: Graviditas mens. III.—IV. Kindskopfgroßes, hartes, intraligamentäres Myom der linken Seite.

C. Amputatio uteri alta: 2.

Nr. 167: Graviditas tubaria sinistra. Multiple, kleine Myome des Uterus.

Nr. 179: (s. oben Myomectomie Abschnitt c).

D. Hysterectomia vaginalis totalis: 1.

Nr. 140: Graviditas mens. III.—IV. Uterus myomatosus. Blasenmole. (Sectio caesarea vaginalis) und 2 Monate später Hysterectomia vaginalis totalis wegen Chlorionepitheliom.

E. Sectio caesarea vaginalis: 1.

Nr. 140: Blasenmole. Graviditas mens. III.—IV (s. oben).

F. Spontanabort: 8.

1. Nr. 142: Fehlgeburt von Zwillingen im 6. Monat (eineiig, totgeboren). Multiple Myome (in der rechten Inguinalgegend und linken Uteruskante größere, an der rechten Kante und am Fundus kleinere Tumoren).
2. Nr. 152: Abortus spontaneus mens. VI. Akute, septische Allgemeininfektion bei Verjauchung zahlreicher Uterusmyome und Durchbruch eines nekrotischen, vereiterten Myoms in die Bauchhöhle.
3. Nr. 154: Abortus spontaneus febrilis mens. II. Kirschgroßes, subseröses Myom rechts an der Uterushinterwand.
4. Nr. 165: Abortus spontaneus mens. III.—IV. bei Uterus myomatosus.
5. Nr. 173: Abortus incompletus bei Uterus myomatosus.
6. Nr. 175: Missed abortion im 5. Monat. Eigroßes Myom im linken Fundalwinkel.
7. Nr. 176: Myomnekrose nach Abort im 4.—5. Monat (s. oben).
8. Nr. 189: Abortus incompletus mens. III. Kleintaubeneigroßes Myom am rechten Fundalwinkel.

G. Abwartendes Verhalten: 13.

a) bei uteriner Gravidität: 11.

1. Nr. 141: Graviditas mens. IV. Multiple, z. T. empfindliche Myome.
2. Nr. 153: Graviditas mens. II.—III. Eigroßer, empfindlicher Tumor der rechten Kante.
3. Nr. 155: Graviditas mens. II. Kleines Myom der Vorderwand in Höhe des inneren Muttermundes. Krämpfe.
4. Nr. 157: Graviditas mens. V.—VI. Faustgroßer Tumor links. Schmerzen.

5. Nr. 158: Graviditas mens. III. Links ein eigroßer Tumor.
6. Nr. 163: Graviditas mens. III. An der rechten Kante ein ungestielter, empfindlicher, zitronengroßer Tumor.
7. Nr. 170: Graviditas mens. III.—IV. Uterus myomatosus mit Druckempfindlichkeit.
8. Nr. 171: Graviditas mens. III. Uterus myomatosus.
9. Nr. 181: Graviditas mens. V. Kleinkindskopfgroßer Tumor im kleinen Becken.
10. Nr. 183: Wenig empfindlicher, zitronengroßer Tumor, rechts vom Collum.
11. Nr. 192: Graviditas mens. V. Fraglicher Uterus myomatosus.

b) bei extrauteriner Gravidität: 2.

1. Nr. 180: Graviditas tubaria interstitialis sinistra rupta. Bei der Laparatomie wurde das haselnußgroße, subseröse Myom der Hinterwand belassen.
2. Nr. 186: Graviditas tubaria dextra rupta. Nußgroßes Myom der Hinterwand, subseröser Knoten rechts.

Geburtshilfliche Abteilung: 134 Fälle.

Wir finden, durch verschiedene Indikationen bedingt, 48 Kaiserschnitte, wobei derselbe ausgeführt wurde 1mal wegen starker myomatöser Durchsetzung des Uterus (Nr. 34), 6mal wegen Verlegung des Geburtskanals durch das Myom (Nr. 20, 28, 37, 57, 81, 96: bei kleinfaust- bis kindskopfgroßen, subserös im Becken fixierten, intraligamentären oder submucösen Tumoren, s. oben). Dabei finden wir im Anschluß an den Kaiserschnitt 4mal Abtragung des Myoms (Nr. 20, 92, 103, 119).

7 mal Amputatio uteri alta (Nr. 27, 43, 82, 84, 95, 129, 132).
25 mal Amputatio uteri supravaginalis.

Im Fall 36 wurde das gestielte, submucöse Myom in der Nachgeburtsperiode manuell entfernt.

Nur 69 der 134 Graviditäten endeten mit Spontangeburten.

Eine künstliche Einleitung einer Fehl- oder Frühgeburt als Behandlungsmethode wurde nie vorgenommen.

Zusammenfassung.

Die vorliegende Arbeit hat zur Grundlage 193 Fälle der Kombination Myom mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

In der Literatur schwanken die Angaben über die prozentualen Verhältnisse der Myome in der Gravidität zwischen 0,2—1,3 %. Wir selbst finden Myome in unserem geburtshilflichen Material in 0,51 %.

Von den Myompatientinnen sind 51,3 % über 35 Jahre alt.

Aus den Literaturangaben folgt, daß Zivilstand und Kinderzahl für die Myombildung ohne Bedeutung sind. Dagegen zeigen Myomkranke häufiger sterile Ehen als gesunde Verheiratete.

Myom und Schwangerschaft.

Wir finden in der Schwangerschaft Lageveränderungen der Myome in Bezug auf den Bauchraum, den Beckenraum und die Uteruswand. In unseren Fällen läßt sich oft eine Vergrößerung des Tumors im Laufe der Gravidität nachweisen.

Ernährungsstörungen der Myome finden wir in 17,6 %. Dabei sind die alten Erstgebärenden vorwiegend betroffen (entsprechend den allgemeinen Verhältnissen).

Wir finden 4 Fälle von Stieldrehung der taubenei- bis faustgroßen, vom Corpus uteri ausgehenden Myome in der Schwangerschaft.

Angaben betr. maligne Degeneration der Myome in der Schwangerschaft, sind in unserem Material nicht zu finden.

Wir finden 2 Fälle von Cervixtorsionen in der Gravidität bei faustgroßem, resp. kindskopfgroßem, intraligamentärem Myom.

Die Rolle der Myome in Bezug auf pathologische Uteruslagen ist von verschiedener Seite in der Literatur sichergestellt. Keine eigenen betreffenden Angaben.

Blutungen in graviditate sind nur selten direkte, häufiger indirekte Myomfolgen oder überhaupt anderweitig bedingt.

Auch unser Material deutet darauf hin, daß das Myom keinen erheblichen Einfluß auf die Häufigkeit der Fehl- und Frühgeburten hat.

8 Spontanaborte (durchschnittlich mit 4,3 Monaten) bei 59 gynaekologischen Fällen.

Placenta praevia finden wir zu 6,7 % in unserem geburtshilflichen Material.

Extrauteringraviditäten haben eine fragliche causale Beziehung zu Uterussymptomen. Wir finden bei 59 gynaekologischen Fällen 9 Tubarschwangerschaften bei meist nußgroßen Tumoren.

Die ursächliche Beziehung zwischen dem Myoma uteri und dem frühzeitigen Absterben der Kinder ist fraglich.

Kindslage: Bei 134 geburtshilflichen Fällen finden wir 87 % Kopflagen, 8 % Beckenendlagen (häufig Fußlagen), 2,5 % Schräglagen, 2,5 % Querlagen.

Bei Myomen finden wir sicher häufiger Graviditätsbeschwerden als sonst. Von unseren Fällen verliefen nur 46 % ganz beschwerdefrei.

Geburt und Myom.

Regressive Prozesse in den Myomen sind sub partu wichtig. Auch finden wir Form- und Lageveränderungen des Tumors.

Cervixtorsionen unter der Geburt sind selten (2 Fälle Nr. 81, 37), häufiger ist die Verlegung des Geburtskanals durch den Tumor (6 Fälle, kleinfaustgroße bis kindskopfgroße subseröse, im Becken fixierte, intraligamentäre und submucöse Tumoren).

Primäre Wehenschwäche finden wir in 30 von 134 Fällen, speziell bei großen, bei multiplen resp. intramuralen Tumoren.

Aber auch sonst kann das Myom den Geburtsablauf beeinflussen. Mangelhafte Erweiterung des inneren Muttermundes. Überdehnung der Cervix, selten Uterusruptur. Abdrängen des vorliegenden Kindesteiles, Lage-Anomalien des Kindes, vorzeitiger Blasensprung (36:134), Vorfall kleiner Teile oder der Nabelschnur (Nr. 81), Kompression oder Laesion des Kindes resp. der Nabelschnur.

Wir finden bei 134 geburtshilflichen Fällen nur 69 Spontangeburten, daneben je 1 Ritgen'schen und Kristeller'schen Handgriff, 6 Extraktionen aus Beckenendlage, 7 Zangenextraktionen, 2 Perforationen am toten Kind und 48 Kaiserschnittentbindungen (dabei 6 wegen Verlegung des Geburtskanals, 1 wegen Uterus myomatosus).

Auch in der

Nachgeburtsperiode

finden sich an den Myomen regressive Prozesse. Oft wird der Tumor erst jetzt erkannt.

Dieser Geburtsabschnitt verläuft meist ohne Störung. Wir finden Cervixtorsionen, Placentar- und Eihautretentionen, Hypotonie (22:134) und Atonie (16:134).

Wochenbett und Myom.

Zahlreiche Angaben deuten auf die wichtigen Myomveränderungen im Wochenbett hin, so Verkleinerung (15:134), Empfindlichkeit des Tumors allein in 2 Fällen, Nekrosen usw., anderseits Ausstoßung des Tumors, dessen Infektion vom Cavum uteri aus, wobei es zum Übergreifen auf Peritoneum und zur Allgemeininfektion kommen kann (Nr. 39).

26,9 % unserer Myompatientinnen der geburtshilflichen Abteilung haben ein febriles Wochenbett (aus verschiedener Ursache). Weiter finden wir oft mangelhafte Involution (15:134), Spätblutungen nur selten, dagegen konnten wir in keinem Fall Cervixtorsion oder Uterusinversion konstatieren, ebensowenig wie Venenrupturen am Uterus.

Myom und Kind.

Der Prozentsatz des frühzeitig absterbenden Kindes ist bei myomatösen Uteri kaum erhöht.

Wir können keine Angaben feststellen, die auf Laesion und Kompression des Kindes hindeuten würden. Eine auffallende Diskrepanz zwischen der angegebenen Graviditätsdauer und dem Gewicht und der Größe der Frucht finden wir in 2 Fällen.

Die Art, der Sitz und die Größe des Tumors sind von deutlichem Einfluß.

Die Therapie.

Bei 59 gynaekologischen Fällen finden wir

15 Enucleationen, dabei zeigten

7 einen ungestörten postoperativen Verlauf der Schwangerschaft. Graviditäten des 2.—7. Monats (durchschnittlich 4,5 Monate). Es handelt sich um meist faustgroße, gestielte Myome des obern Corpusabschnittes.

2 Fälle mit nachfolgender Unterbrechung der Schwangerschaft. Graviditas mens. III. Multiple Myome. 2 gestielte, nuß- resp. faustgroße Myome des Corpus werden entfernt. Abort 10 Tage post operatione.
Graviditas mens. VIII. Gestieltes, apfelgroßes Myom des Fundus uteri mit Stieltorsion. Frühgeburt 3 Tage post operatione.

4 Myomectomien bei Tubargravidität.

1 Myomectomie bei Sellheim'scher Operation aus psychischer Indikation.

1 Myomectomie bei hoher Amputation (Myom im Uterusstumpf).

22 Amputatio uteri supravaginalis.

Schwangerschaften des 1.—7. Monats (durchschnittlich drei Monate), dabei auch 2 Tubargraviditäten. Vorwiegend große und multiple Myome, subserös, gestielt, intraligamentär oder intramural, submucös.

2 Amputatio uteri alta bei multiplen Myomen.

1 Hysterectomia vaginalis totalis bei Chorionepitheliom nach Blasenmole, und Uterus myomatosus.

1 Sectio caesarea vaginalis bei Blasenmole und Uterus myomatosus (s. oben).

8 Spontanaborte im 2.—6. Monat (durchschnittlich 4,2 Monate). Meist multiple, subseröse und intramurale kleine Tumoren.

13 Fälle mit abwartendem Verhalten.

11 bei uteriner Schwangerschaft,

2 bei extraanteriorer Gravidität (Myombelassung bei der Operation der Tubargravidität).

Bei 134 geburtshilflichen Fällen

48 Kaiserschnitte, dabei 1 wegen Uterus myomatosus, 6 wegen Verlegung des Geburtskanals durch Myome.

69 Spontangeburten.

Eine künstliche Fehl- oder Frühgeburt wurde als Behandlung nie eingeleitet.

Literaturverzeichnis.

1. *Abel K.:*, Dtsch. med. Wschr. 1933, I, pag. 687. — Ref.: Ber. Gynaek. 25, 118.
2. *Agnifili E.:* Atti Soc. ital. Ostetr. 29 (1932), pag. 80, 91, Ber. Gynaek. 24, 648.
3. *Albrecht: Halban-Seitz* (Handbuch der Biologie u. Pathologie des Weibes), Band IV.
4. *Alexander H.:* Zbl. Gynaek. Nr. 47 (1927), pag. 2988.
5. *Alfieri:* Atti Soc. ital. Ostetr. 29 (1932).
6. *Aza V.:* An. Acad. med. espan. 19 (1932), pag. 497 — Ref. Ber. Gynaek. 24, pag. 785.
7. *Bacialli L.:* Riforma med. 1931, H. 5. — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 26.
8. *Baker A. B.:* Amer. J. Path. 9 (1933), pag. 369. — Ref. Ber. Gynaek. 25, pag. 223.
9. *Banister J. Bright:* Proc. of the roy. soc. of med. sect. of obstetr. a. gynaecol. Band 20, Nr. 10. — Ref. Ber. Gynaek. 13, pag. 148.
10. *Barthélemy A.:* Rev. franc. Gynéc. 24 (1929), pag. 492. — Ref. Ber. Gynaek. 16, pag. 865.
11. *Bazan J.:* Semana méd. 33 (1926), Nr. 25, pag. 1403. — Ber. Gynaek. 11, pag. 614.
12. *Bebcůk L.:* Zunal akuserstva i ženskich bolezney, Bd. 39, (1928), H. 1, pag. 81. — Ref. Ber. Gynaek. 15, pag. 739.
13. *Bender and Burty:* Bull. et. mém. de la Soc. obstetr. de Paris. März 1906. — Ref. Zbl. Gynaek. 1907, Nr. 7, 13. — Ref. Zbl. Gynaek. 1917, Nr. 21, pag. 506.
14. *Benn:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 28.
15. *Benner R. S.:* New England J. Med. 203 (1930), pg. 757. — Ber. Gynaek. 19, pag. 495.
16. *Benzel F.:* Zbl. Gynaek. 1917, Nr. 21, pag. 497.
17. *Berecz J.:* Orvosképzés ung. 1932 (Prof. von Toth, Festschrift). — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 32.
18. *Bermann S. E.:* Semana med. 1929 I, pag. 1345. — Ref. Ber. Gynaek. 16, pag. 654.

19. *Bondioli A.:* Arte ostetr. 44 (1930), pag. 49. — Ref. Ber. Gynaek. 18, pag. 256.
20. *Bonney V.:* Lancet 220 (1931), 171/177. — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 28.
21. *Börner:* Mschr. Geburtsh. 84 (1930), pag. 321. — Ref. Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 15. — Ber. Gynaek. 18, 256.
22. *Borochowitsch W.:* Zbl. Gynaek. 1930, pag. 2144. — Ref. Ber. Gynaek. 19, 42.
23. *Bovin:* Hygiea 80, 57. — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 15, pag. 865.
24. *Brindeau u. Inge:* Gynéc. et Obstétr. 1926, XIV, pag. 145.
25. *Bublitschenko L.:* Mschr. Geburtsh. 81 (1929), pag. 257. — Ber. Gynaek. 16, 240.
26. *Bumm:* Grundriß zum Studium der Geburtshilfe 285.
27. *v. Büben:* Zbl. Gynaek. 1926, Nr. 13, pag. 816.
28. *Burger K.:* Zbl. Gynaek. 1924, Nr. 30, pag. 1651.
29. *Buschke W.:* Mschr. Geburtsh. 88 (1931), pag. 435. — Ref. Ber. Gynaek. 21, 121.
30. *Buschke W.:* Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 15, — Ref. Ber. Gynaek. 18, 256.
31. *Butureanu V.:* Gynécol. 7, 8—13 (1930). — Ref. Ber. Gynaek. 19, 80.
32. *Cambon E.:* Rev. franc. Gynéc. 24 (1929), pag. 302. — Ref. Ber. Gynaek. 17, 312.
33. *Campacci G.:* Clin. ostetr. 35, pag. 338 (1933). — Ref. Ber. Gynaek. 25, 248.
34. *Candela W.:* Genesis Roma 11 (1931), pag. 66. — Ref. Ber. Gynaek. 21, 278.
35. *Coggi C.:* Rass. Ostetr. 39 (1930), 131. — Ref. Zbl. Gynaek. 1931, Nr. 17. — Ber. Cynaek. 44, 799.
36. *Consoli D.:* Atti Soc. ital. Ostetr. 29 (1932), pag. 76, 91. — Ref. Ber. Gynaek. 24, 799.
37. *Contarini F.:* Clin. ostetr. 32, pag. 611 (1930). — Ref. Ber. Gynaek. 24, 799.
38. *Cova:* Atti Soc. ital. Ostetr. 29 (1932). — Ref. Ber. Gynaek. 24, 777.
39. *Dallera N.:* Fol. gynaec. (Genova) 27 (1930), pag. 359. — Ref. Ber. Gynaek. 19, 43.
40. *Daniel C.:* Gynecol. 6 (1929), pag. 103. — Ref. Ber. Gynaek. 16, 864.
41. *Daniel G.:* Gynéc. et Obstétr. 20 (1929), pag. 517. — Ref. Ber. Gynaek. 17, 533.
42. *Damm L.:* Polska Gaz. lek. 1931 I (8—9). — Ref. Ber. Gynaek. 19, 749.

43. *Decio C.:* Riv. ital. Ginec. 12 (1931), pag. 372. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 867.
44. *De Grisogono A.:* Clin. Ostetr. 33 (1931), pag. 692. — Ref. Ber. Gynaek. 21, 494.
45. *Dmitriev A.:* Moskoc. med. Z. 8 (1928), Nr. 10/11, pag. 126. — Ref. Ber. Gynaek. 16, 326.
46. *d'Erchia:* Atti Soc. ital. Ostetr. 27 (1929), pag. 623. — Ref. Ber. Gynaek. 18, 122.
47. *Engelhard J. C. B.:* Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1931 II, pag. 3679. — Ref. Ber. Gynaek. 21, 121.
48. *Fabricius J.:* Wien. med. Wschr. 1929, Nr. 18. — Ref. Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 11. — Ber. Gynaek. 16, 405.
49. *Ferrari und Honeils:* Bull. Soc. Obstétr. Paris 1929, Nr. 8. — Ref. Zbl. Gynaek. 1931, Nr. 3.
50. *Fervers C.:* Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 46, pag. 2911. — Ref. Ber. Gynaek. 19, 391.
51. *Flatau:* Münch. med. Wschr. 1908, pag. 201.
52. *Fleischer:* Zbl. Gynaek. 1923, Nr. 29, pag. 1191.
53. *Florenthal E.:* Inaug.-Diss. Leipzig, 1924.
54. *Franqué O. v.:* Med. Klin. 1933, Nr. 14, pag. 445. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 156.
55. *Franqué O. v.:* Zschr. für Geb. u. Gynaek. 1907, Bd. 60, pag. 272. — Ref. Zbl. Gynaek. 1917, Nr. 21, pag. 506.
56. *Frankl O.:* Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 40, pag. 2433.
57. *Fries H.:* Zbl. Gynaek. 1912, Nr. 37, pag. 1209.
58. *Frommolt:* Zschr. Geb. u. Gynaek. 100, pag. 402. — Ref. Zbl. Gynaek. 1931, Nr. 47.
59. *Fuge K.:* Mschr. Geburtsh. 95, 66 (1933). — Ref. Ber. Gynaek. 25, 659.
60. *Garzon S.:* An. Hosp. Isé y Adela 1 (1930), pag. 190. — Ref. Ber. Gynaek. 18, 672.
61. *Geller:* Zbl. Gynaek. 45 (1927), pag. 2876.
62. *Geller:* Zbl. Gynaek. 31 (1928), pag. 2000.
63. *Gemmill W. F.:* Amer. J. Obstetr. 18 (1929), pag. 827. — Ref. Ber. Gynaek. 17, 561.
64. *Georgescu G.:* Spital 51 (1931), pag. 16. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 642.
65. *Gill J. A.:* Amer. J. Obstetr. 21 (1931), pag. 137. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 193.
66. *Couillioud G.:* Gynéc. 27 (1928), pag. 608. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 658.
67. *Gröné O.:* Acta obstetr. scand. 9, 203/220 (1930). — Ref. Zbl Gynaek. 1930, Nr. 32. — Ber. Gynaek. 18, 71.

68. *Grünewaldt:* Arch. Gynaek., Bd. 8 (1875), pag. 414.
69. *Halban J.:* Zbl. Gynaek. 1921, Nr. 42, pag. 1517.
70. *Hammerschlag:* Zbl. Gynaek. 1928, Nr. 5.
71. *Hammerschlag:* Halban-Seitz, Band 8/1, pag. 989.
72. *Hannat P.:* Therapie (Budapest) 8 (1931), pag. 217. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 812.
73. *Harris R. H.:* Surg. etc. 49 (1929), pag. 322. — Ref. Ber. Gynaek. 17, 89.
74. *Heimann:* Zbl. Gynaek. 1928, Nr. 31, pag. 1998.
75. *Heimann:* Mschr. Geburtsh. 65 (1924), pag. 71.
76. *Heyn:* Zbl. Gynaek. 1927, Nr. 14, pag. 872.
77. *Herzfeld B.:* Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 41.
78. *Hindermann E.:* Inaug.-Diss. Basel 1919.
79. *Hinselmann H.:* Halban-Seitz, Bd. 6/1, pag. 287.
80. *Hochloff A. W.:* Zbl. Gynaek. 1933, pag. 1880. — Ref. Ber. Gynaek. 25 (1933), pag. 483.
81. *Höhne:* Zbl. Gynaek. 1927, Nr. 14, pag. 872.
82. *Hoffmann R. St.:* Zbl. Gynaek. 1928, Nr. 21, pag. 1347.
83. *Hoffmann A. J.:* Mschr. Geburtsh. 78 (1928), pag. 210.
84. *Hofmeier M.:* Zschr. Geburtsh. 1894, Nr. 30, pag. 199.
85. *Hofstätter H.:* Mschr. Geburtsh. 81 (1929), pag. 409.
86. *Hromada G.:* Wien. med. Wschr. 78 (1928), Nr. 10, pag. 318. — Ref. Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 8. — Ref. Ber. Gynaek. 14, 389.
87. *Humpstone P.:* Amer. J. Obstetr. 25 (1933), pag 598. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 44.
88. *Jakub N.:* Zurnal akuŝerstva i ženskich bolezney 38 (1927), H. 6, pag. 779. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 738.
89. *Joachimovits R.:* Mschr. Geburtsh. 86 (1930), pag. 65. — Ref. Ber. Gynaek. 19, 43.
90. *Iraeta, Domingo, Maghielli:* Prensa méd. argent. 18 (1931), pag. 802.
91. *Kamnicker H.:* Zbl. Gynaek. 1926, Nr. 12, pag. 757. — Ref. Zbl. Gynaek. 1926, Nr. 20, pag. 1344.
92. *Katz H.:* Wien. klin. Wschr. 14 (1930), pag. 431. — Ref. Zbl. Gynaek. 1931, Nr. 3.
93. *Keller R.:* Gynéc. et Obstétr. 20 (1929), pag. 520. — Ref. Ber. Gynaek. 17, 500.
94. *Keller und Bohler:* Rev. franc. Gynéc. 3 (1930). — Ref. Zbl. Gynaek. 1931, Nr. 17.
95. *Klaften E.:* Zbl. Gynaek. 1927, Nr. 8, pag. 474.
96. *Klaus K.:* Rozkl. klin. a Gynaec. ê gynaek. 12 (1933), pag. 3. — Ref. Ber. Gynaek. 24, 785.

97. *Köhler:* Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 29.
98. *Köster:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 25.
99. *Koplowitz A.:* Long Island med. 22 (1928), pag. 539. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 399.
100. *Kràl V.:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 22, pag. 1289. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 74.
101. *Küstner H.:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 15, pag. 851.
102. *Labhardt A.:* Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 14, pag. 871.
103. *Labhardt A.:* Schweiz. med. Wschr. 1930, Nr. 17. — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 28.
104. *Lange J.:* Zbl. Gynaek. 1915, Nr. 13, pag. 201.
105. *Lantuéjoul P.:* Gynéc. et Obstétr. 20 (1929), pag. 528. — Ref. Ber. Gynaek. 17, 635.
106. *Laurentie:* Bull. Soc. Obstétr. Paris 1923, Nr. 10. — Ref. Zbl. Gynaek. 1924, Nr. 42, pag. 2297.
107. *Lichtenstein F.:* Münch. med. Wschr. 74 (1927), Nr. 39.
108. *Liebmann St.:* Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 3. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 814.
109. *Liebmann J.:* Gyógyàszat 1928 II, pag. 911. — Ref. Ber. Gynaek. 16, 332.
110. *Liegner:* Zbl. Gynaek. 29 (1923), pag. 1191.
111. *Lynch F. W.:* J. amer. med. Assoc. 1931. — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 26.
112. *Lynch F. W.:* California Med. 35 (1931), pag. 415. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 121.
113. *Macafee:* Brit. J. Obstetr. 39 (1932), pag. 64. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 440.
114. *Mackenrodt:* Zbl. Gynaek. 1918, Nr. 47, pag. 849.
115. *Magnan L. A.:* Un. med. Canada 62 (1933), pag. 443. — Ref. Ber. Gynaek 24, 700.
116. *Mann und Löwenburg:* Amer. J. Obstetr. 25 (1933), pag. 443. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 69.
117. *Marjančik W.:* Vrac. Delo 12 (1929), pag. 962. — Ref. Ber. Gynaek. 18, 268.
118. *Marinucci:* Atti Soc. ital. Obstetr. 29 (1932). — Ref. Ber. Gynaek. 25, 800.
119. *Marto A.:* Riv. ital. ginecol. IV/5 (1926), pag. 553. — Ref. Zbl. Gynaek. 1927, Nr. 15, pag. 947.
120. *Matveieff:* Gynéc et Obstétr. 25 (1932), pag. 300. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 550.
121. *Mayer A.:* Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 32, pag. 1922. — Ref. Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 14. — Ber. Gynaek. 23, 450.
122. *Meyer-Rüegg:* „Der Frauenarzt", Heft 9. — Ref. Jahresbericht für Geburtsh. und Gynaek. 1910, pag. 764.

123. *Moorkamp Fr.:* Inaug.-Dissertation Kiel 1931. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 350.
124. *Morger Ed.:* Inaug.-Diss. Zürich 1920.
125. *Moure P.:* Bull. Soc. Obstetr. 3 (1923). — Ref. Zbl. Gynaek. 1924, Nr. 7a, pag. 410.
126. *Müller G.:* Gynéc et Obstétr. 24 (1931), pag. 730. — Ref. Ber. Gynaek. 21, 863.
127. *Nebesky O.:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 57/49.
128. *Nizza M.:* Riv. Obstetr. 14 (1932), pag. 51. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 183.
129. *Pagani O.:* Arte Ostetr. 43 (1929), 17—25. — Ref. Ber. Gynaek. 16, 186.
130. *Pateï und Denis:* Rev. mens. Gynéc. et Obstétr. 17 (1928), Nr. 3. — Ref. Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 4.
131. *Pavlovsky, Filippi, Ottolenghi:* Semana med. 1931 I, pag. 243. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 194.
132. *Peréz:* Semana med. 1931 I, pag. 846. — Ref. Ber. Gynaek. 18, 256.
133. *Pestalozza E.:* Riforma med. 1931, H. 5. — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 36.
134. *Pestalozza E.:* Riv. ital. Ginec. 12 (1931), pag. 97. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 284.
135. *Pestalozza: E.:* Atti Soc. ital. Ostetr. 29 (1932), pag. 72/91. — Ref. Ber. Gynaek. 24, 383.
136. *Phaneuf L. E.:* New England J. Med. 202 (1930), pag. 565. — Ref. Ber. Gynaek. 18, 122.
137. *Pierson R. N.:* Amer. J. Obstetr. 14 (1927), 334/344. — Ref. Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 32. — Ber. Gynaek. 13, 520.
138. *Placintianu Gh.:* Rev. franc. Gynéc. 22 (1927), Nr. 9. — Ref. Ber. Gynaek. 13, 638.
139. *Polak A.:* Surg etc. 1923, 46, 21. — Ref. Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 28. — Ber. Gynaek. 13, 864.
140. *Potechin D.:* Novyi chirurgicesky archiv, Bd. 15 (1928), Nr. 56, pag. 578. — Ref. Ber. Gynaek. 14, 797.
141. *Pruis G. W. A.:* Geneesk. Tijdschr. Neederl.-Indie 71 (1931), pag. 170. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 285.
142. *Olsen A.:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 15, pag. 683. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 69.
143. *Ott H.:* Inaug.-Dissertation München 1930. — Ref. Ber. Gynaek. 20, 130.
144. *Ottow O. v.:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 40.
145. *Quarantotto A.:* Chir. Ostetr. 30 (1928), H. 7, pag. 505. — Ref. Ber. Gynaek. 14, 863.

146. *Rabinovic und Gulevic:* Ginek. 11 (1932), Nr. 3, pag. 26. — Ref. Ber. Gynaek. 23, 700.
147. *Razetti L.:* Semana med. 1931 I, pag. 245. — Ref. Ber. Gynaek. 21, 494.
148. *Razetti L.:* Rev. sudamer. Med. Paris 2 (1931), pag. 933. — Ref. Ber. Gynaek. 21, 494.
149. *Reuß A.:* Halban-Seitz 8 II, pag. 670.
150. *Richter A.:* Zbl. Gynaek. 1926, Nr. 19, pag. 1280.
151. *Rokitansky:* Mschr. Geburtsh. 1905, Band 22, pag. 640.
152. *Ronsheim J.:* Amer. J. Obstetr. 25 (1933), pag. 598. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 44.
153. *Roulland H.:* Gynécol. 27 (1928), Nr. 2, pag. 79. — Ref. Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 4. — Ber. Gynaek. 14, 520.
154. *Saavedra A.:* Bull. Soc. Obstétr. Paris 21 (1932), pag. 375. — Ref. Ber. Gynaek. 23, 110.
155. *Saenger H.:* Zbl. Gynaek. 1927, Nr. 26, pag. 1643.
156. *Scalia E.:* Boll. Soc. med.-chir. Catania I (1933), pag. 439. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 659.
157. *Schäfer G.:* Inaug.-Diss. Berlin 1928. — Ref. Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 4.
158. *Schauta:* Mschr. Geburtsh. 1905, Bd. 22, pag. 637.
159. *Schmidt H. R.:* Med. Klin. 1926, Nr. 37, pag. 1407. — Ref. Ber. 11, 614 (1927).
160. *Schallehn:* Zbl. Gynaek. 1927, Nr. 14, pag. 872.
161. *Schiffmann J.:* Zbl. Gynaek. 1917, Nr. 21, pag. 506.
162. *Schultz M.:* Vrač. Delo. 15 (1932), pag. 100. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 822.
163. *Schultheiß H.:* Arch. Gynaek. 128 (1926), pag. 210.
164. *Schulz M.:* Inaug.-Diss. Breslau 1921.
165. *Schultheiß:* Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 14, pag. 873.
166. *Scibelli M.:* Arch. Ostetr. 16 (1929), pag. 378. — Ref. Ber. Gynaek. 19, 295.
167. *Seitz:* Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 14, pag. 872.
168. *Sellheim:* Mschr. Geburtsh. 84, 319. — Ref. Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 15.
169. *Shaw-Fletscher:* Brit. Med. J. 1927, pag. 3489. — Ref. Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 4. — Ber. Gynaek. 13, 615.
170. *Steinitz H.:* Inaug.-Diss. Würzburg 1925. — Ref. Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 8.
171. *Stolz R.:* Inaug.-Diss. Basel 1917.
172. *Sterenberg R.:* Zurnal akuserstva i zenskich bolezney 1927, Bd. 38, H. 2, pag. 234. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 334.
173. *Stoeckel W.:* Handbuch der Gynaekologie III, Bd. 6 II.

174. *Stein A.:* Mschr. Geburtsh. 1905, Bd. 22, pag. 637.
175. *Strauch:* „Volkmanns Vorträge" 1900, Nr. 277, pag. 50.
176. *Sureau et Job:* Bull. Soc. Obstétr. 18 (1929), pag. 131. — Ref. Ber. Gynaek. 16, 240.
177. *Szenes A.:* Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 14.
178. *Szenteh J.:* Orv. Hetil. 1933, pag. 406. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 156.
179. *Tallafero F.:* Semana med. 1932 I, pag. 148. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 183.
180. *Tarlo B.:* Zurnal akuserstva i zenskich bolezney, Bd. 38, 1927. H. 3, pag. 306. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 399.
181. *Taubenhaus M.:* Warszaw. Czas. lek. 7, pag. 564, 590 (1930). — Ref. Ber. Gynaek. 19, 193.
182. *Terada E.:* Jap. J. Obstetr. 16 (84) 1933. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 659.
183. *Thumin:* Wien. klin. Wschr. 1896, pag. 922.
184. *Toombs: Percy, Michelson:* Amer. J. Obstetr. 1928, Bd. 15, Nr. 3. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 519.
185. *Turunen A. O.:* Acta obstetr. scand. 10 (1930), pag. 111. — Ref. Ber. Gynaek. 18, 414.
186. *Uchigacki:* Jap. J. Ostetr. 1928, Bd. 11, Nr. 1, 61/63. — Ref. Zbl. Gynaek. 1929, Nr. 27. — Ber. Gynaek. 14, 483.
187. *Vallois L.:* Bull. Soc. Obstétr. Paris 1930, Nr. 4. — Ref. Zbl. Gynaek. 1931, Nr. 17.
188. *Vaudescal:* Brit. Med. J. 1928, 793, 3539. — Ref. Ber. Gynaek. 15, 491.
189. *Velasco Suarez:* Bol. Soc. Obstetr. B. A. 1931, Nr. 10, pag. 365.
190. *Vineberg:* Amer. J. Obstetr. 25 (1933), pag. 746. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 117.
191. *Watson:* Amer. J. Obstetr. 23 (1932), pag. 351/445. — Ref. Ber. Gynaek. 22, 440.
192. *Walthardt:* Zbl. Gynaek. 1932, Nr. 14, pag. 872.
193. *Walther:* Münch. med. Wschr. 1924, Nr. 48, pag. 1685.
194. *Weber:* Amer. J. Obstetr. 25 (1933), pag. 594. — Ref. Ber. Gynaek. 25, 44.
195. *Wieloch J.:* Zbl. Gynaek. 1930, Nr. 43.
196. *Winter:* Zschr. Geburtsh. L I, pag. 193.
197. *Windeyer J. C.:* Med .J. Austral. 1928 I, pag. 580. — Ref. Ber. Gynaek. 16, 715.
198. *Wladika:* Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 32.
199. *Zanela:* Lijecn. Vjesn. serbo-kroat. 53 (1931), Nr. 1. — Ref. Zbl. Gynaek. 1933, Nr. 28. — Ber. Gynaek. 20, 150.
200. *Zondek B.:* Zschr. Geburtsh. 100 (1931), 404.
201. *Zweifel:* Lehrbuch der Geburtshilfe, Auflage IV, pag. 235.

Zum Schluß möchte ich Herrn Prof. Dr. *A. Labhardt* meinen besten Dank aussprechen für die Durchsicht dieser Arbeit und die Überlassung des benötigten Materials.